

**EXPERIENCIAS TEMPRANAS Y  
ESTRUCTURACIONES SUBJETIVAS  
QUE INFLUYEN EN ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLES EN MUJERES ADULTAS  
MAYORES**

**Estudiante:** Iacobucci, María Estela

**Legajo:** 29242

**Director/es:** González García, Emiliano Alejo

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN  
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO  
DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

**Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO:**

Desde la fecha 11/11/2025

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación [ ]

Otro plazo mayor detallar/justificar

Lugar y fecha: Cipolletti, Río Negro. 11/11/2025.

Firma y aclaración del autor: Iacobucci María Estela



## Índice

### Contenido

Índice.....	3
Resumen.....	6
Introducción .....	8
Delimitación del Objeto de Estudio .....	8
Planteamiento del Problema.....	10
Justificación.....	13
Pregunta de Investigación .....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos .....	16
Supuestos Básicos .....	16
Estado del Arte.....	19

3

Marco Teórico.....	28
Envejecimiento.....	30
Estilos de vida saludables en la vejez.....	37
Estructuración subjetiva (Freud y Lacan) .....	39
Método .....	58
Diseño.....	58
Participantes .....	59
Instrumentos .....	60
Procedimiento.....	61
Resultado.....	64
Tabla 1.....	64
Datos Sociodemográficos .....	64
Infancias y Primeras Experiencias Significativas .....	65
Modelos de Referencia e Identificación.....	69
Relación con el Cuerpo y la Salud .....	71
Experiencias Emocionales y Afrontamiento de Dificultades.....	73
Elecciones de Vida y Autopercepción Actual.....	76
Discusión.....	85

Conclusión .....	93
Aportes y Contribuciones de la Investigación .....	96
Limitaciones de la Investigación .....	97
Líneas de Investigación Futuras.....	98
Propuestas de Intervención .....	99
Referencias.....	100
Anexo.....	107
Anexo I: Consentimiento Informado.....	107
Anexo II: .....	108

## Resumen

Este trabajo tiene como objetivo comprender cómo las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas inciden en la construcción de estilos de vida saludable en mujeres adultas mayores, a partir del análisis de sus historias de vida. La presente investigación corresponde a un estudio de tipo empírico con un enfoque cualitativo, de diseño no experimental y alcance narrativo-biográfico, orientado a explorar profundamente las experiencias subjetivas y significados que las participantes le dan a su historia personal, sus vínculos tempranos y sus elecciones de vida. Este enfoque, tal como indica Hernández-Sampieri (2018), privilegia el relato de experiencias individuales para comprender cómo los sujetos construyen significado a lo largo de sus vidas. El marco teórico está fundamentado, principalmente, desde los aportes de Sigmund Freud y Jacques Lacan, priorizando una perspectiva psicoanalítica para dar luz a los datos recogidos en la investigación. La recolección de los mismos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas, a un grupo intencional de doce mujeres mayores de 60 años que mantienen estilos de vida saludables. Las mismas permitieron conocer aspectos vinculados a la infancia, las relaciones parentales y las relaciones respecto a su propio deseo, las estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles y la forma en que han construido y sostenido hábitos orientados al bienestar. Los resultados mostraron que las mujeres que sostienen estilos de vida saludables en la adultez mayor comparten vínculos tempranos de sostén, capacidad de resignificar experiencias difíciles y recursos psíquicos que favorecen la autonomía y el deseo de vivir. El autocuidado

se configura como una construcción subjetiva que integra historia, deseo y simbolización del cuerpo, sosteniendo así la vitalidad psíquica y el bienestar en la vejez.

**Palabras Clave:** mujeres adultas mayores, identificaciones tempranas, estructuración subjetiva, estilo de vida saludable.

## Introducción

### Delimitación del Objeto de Estudio

Este estudio se enmarca en el campo de la psicología clínica y de la salud, con un enfoque cualitativo y un diseño narrativo-biográfico. Su objeto de estudio está conformado por las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas que influyen en la construcción y sostenimiento de estilos de vida saludables en mujeres adultas mayores. La investigación se centró en mujeres de 60 años o más que, al momento de participar, mantienen hábitos y prácticas orientadas al bienestar físico, mental y social; como lo son la actividad física regular, alimentación equilibrada, participación social y autopercepción positiva de su salud. El interés principal estuvo puesto en explorar y comprender las experiencias subjetivas de este grupo, prestando especial atención a cómo los vínculos tempranos (especialmente con las figuras parentales y las decisiones vitales a lo largo del ciclo de vida) han incidido en la estructuración de su subjetividad. Entendiendo a ésta última como el entrecruzamiento único de rasgos, valores, identificaciones y modos de entender la realidad que darán forma a la subjetividad de una persona y promoverá, en estos casos, el sostenimiento de un estilo de vida saludable.

Desde la teoría psicoanalítica, se desarrollan conceptos como identificación y estructuración subjetiva. Freud (1900), en *La interpretación de los sueños* afirma: “Así, pues, la identificación no es una simple imitación, sino una apropiación basada en la misma causa etiológica, expresa una equivalencia y se refiere a una comunidad que permanece en lo inconsciente” (p.439). De esta forma, es factible pensar que las experiencias e

identificaciones tempranas dejan inscripciones inconscientes que influyen a lo largo de la vida e incluso en la adultez. Teniendo en cuenta este abordaje teórico, el presente estudio adoptó un enfoque narrativo-biográfico, ya que la narración de la historia de vida por parte de las participantes posibilitó el surgimiento de elementos subjetivos latentes, posibilitando su análisis e interpretación a través de los aportes teóricos provenientes del psicoanálisis. Narrar la propia vida permite que aparezcan creencias, afectos y conflictos internalizados que solo se revelan en el acto mismo de la narración, lo cual brinda material valioso para un abordaje desde el marco teórico mencionado previamente. La elección de un diseño narrativo-biográfico permite ir en profundidad sobre el significado que cada participante atribuye a su historia de vida, identificando similitudes y diferencias en sus trayectorias, y generando un conocimiento que, más allá de su valor académico, pueda dar aportes a la promoción de la salud y el bienestar en esta etapa de la vida.

A partir de lo expuesto, en esta investigación los estilos de vida saludables se comprenden de acuerdo con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) que asocia el envejecimiento saludable con el mantenimiento de la capacidad funcional y la posibilidad de realizar aquello que las personas valoran en su vida cotidiana. No obstante, en este estudio no se abordarán como indicadores clínicos objetivos, por ejemplo, el IMC o la presión arterial, sino como estructuraciones subjetivas que se expresan en las narrativas de las mujeres adultas mayores, incluyendo aspectos vinculados a la alimentación, el cuidado del cuerpo, la actividad física, la regulación emocional y los vínculos sociales que favorecen su bienestar.

## **Planteamiento del Problema**

En las últimas décadas, el aumento de la esperanza de vida y los avances en la medicina y la promoción de la salud han generado un crecimiento sostenido de la población adulta mayor. En este contexto, la OMS (2015) ha resaltado la importancia de promover un envejecimiento activo, entendiendo que la vejez no debe asociarse exclusivamente con pérdida de capacidades, sino que puede conformar una etapa vital que se caracterice por la participación social, el bienestar y el cuidado integral de la salud. A partir de esto, el hecho de llevar y mantener estilos de vida saludables en la adultez mayor adquiere un papel fundamental. Estos estilos incluyen prácticas vinculadas a la actividad física, la alimentación equilibrada, el autocuidado y la participación social, que favorecen tanto la salud física como el bienestar psicológico. Teniendo en cuenta lo dicho, la comprensión de los factores subjetivos que permiten sostener estas prácticas a lo largo de la vida sigue siendo un desafío para las ciencias de la salud y la psicología.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, las elecciones vitales y las formas de vinculación con la salud pueden comprenderse a partir de las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas que se constituyen en la infancia, especialmente en relación con las figuras parentales y los modos en que el sujeto se posiciona frente al deseo y las demandas del entorno. Estas experiencias tempranas, junto con los recursos psíquicos desarrollados para afrontar situaciones difíciles, pueden influir en la manera en que las personas construyen y sostienen un proyecto de vida y el cuidado de la salud en esta etapa de la adultez mayor comprendida a partir de los sesenta años. Es importante señalar que la

mayor parte de las investigaciones sobre envejecimiento saludable han abordado el fenómeno desde perspectivas biomédicas o socio-demográficas, con menor atención a la dimensión subjetiva y a la historia de vida de las personas mayores. Esta escasez de estudios que integren la comprensión psicoanalítica con un abordaje narrativo-biográfico de las experiencias subjetivas (principalmente en mujeres adultas mayores), deja un vacío de conocimiento que limita la posibilidad de comprender los factores singulares y comunes que sostienen la vitalidad y el cuidado de la salud en esta etapa de la vida. Es por eso que el presente estudio buscó explorar en profundidad las narrativas de mujeres mayores de 60 años que mantienen estilos de vida saludables, con el objetivo de identificar cómo las experiencias tempranas, las relaciones significativas y las decisiones vitales han influido en la configuración de sus prácticas de autocuidado y en su modo de afrontar la existencia. El análisis de estos relatos permitió reconocer patrones, diferencias y sentidos atribuidos a la salud y al bienestar, pudiendo dar una mirada enriquecida que combina el marco psicoanalítico con herramientas de la investigación cualitativa con alcance narrativo-biográfico.

El envejecimiento, lejos de ser solo un hecho biológico, debe entenderse como un proceso multidimensional que, como plantea Puzzi (s.f.), involucra aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales. Desde esta mirada, la autora plantea que cada persona transita la vejez de manera singular, determinada tanto por su historia de vida y sus recursos subjetivos como por las condiciones materiales y simbólicas que ofrece la sociedad. Tal como menciona Puzzi (s.f.), el paradigma tradicional ha tendido a pensar la vejez como una etapa

marcada por carencias y pérdidas en diferentes aspectos, tales como la salud, la memoria, la autonomía o la participación social. Desde esta perspectiva, la adultez mayor se asocia principalmente al deterioro, invisibilizando las posibilidades de desarrollo, resignificación y continuidad vital que también caracterizan a esta etapa del ciclo de vida.

En un sentido más profundo es factible, desde los aportes de Freud (1915) y Lacan (1953), identificar cómo las huellas de la infancia acompañan a un sujeto durante toda su existencia y se actualizan en la vejez, expresándose de manera particular en cómo cada persona afronta las pérdidas, el paso del tiempo y las transformaciones corporales. Aquellas inscripciones tempranas, que al entramarse con la historia vital dan consistencia al modo de ser de cada persona, dejan huellas fundamentales a la hora de pensar a un sujeto. Donde la capacidad de sobreponerse a la adversidad en la vejez no se explica solo como un recurso adquirido en la adultez, sino como la manifestación de una trama inconsciente que sostiene, desde el origen, la posibilidad de encontrar nuevas formas de satisfacción y de mantener la vitalidad psíquica a lo largo de todo el ciclo vital.

Esto lleva a la elaboración de algunas preguntas posibles, entre ellas, por ejemplo, ¿qué trayectorias subjetivas o experiencias tempranas, en especial durante la infancia y en la relación con las figuras parentales, contribuyen a que algunas mujeres lleguen a la vejez con motivaciones internas hacia la vida y la salud? Como así también es posible interrogar ¿cómo se vinculan sus relatos, deseos y estrategias de afrontamiento para construir una vida saludable a pesar de adversidades o contextos desfavorables?

## **Justificación**

El presente estudio se justifica ante la necesidad de profundizar en la comprensión de los factores subjetivos que intervienen en la construcción y mantenimiento de estilos de vida saludables en la vejez, particularmente en mujeres adultas mayores de sesenta años. En las últimas décadas, el aumento del envejecimiento poblacional ha convertido a la promoción de la salud en la tercera edad en una prioridad social y sanitaria. Organismos internacionales como la OMS (2015) enfatizan en la importancia de fomentar un envejecimiento activo, entendiendo que la etapa de ser adultos mayores puede caracterizarse por el bienestar, la participación y el cuidado integral de la salud, y no únicamente por el deterioro.

A pesar de lo mencionado anteriormente, la investigación predominante sobre el envejecimiento saludable ha abordado mayormente aspectos biomédicos o cuantificables, centrándose en variables objetivas como son, por ejemplo, la nutrición, ejercicio físico o redes de apoyo, con escasa atención a la dimensión subjetiva de la experiencia de envejecer. Existe, por lo tanto, escasa producción de conocimiento académico en torno a cómo las vivencias tempranas y las estructuraciones psíquicas desarrolladas a lo largo de la vida influyen en el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables en la adultez mayor. En particular, son pocos los estudios cualitativos que exploran la historia de vida de las mujeres mayores para dilucidar de qué manera sus experiencias tempranas y trayectorias subjetivas han contribuido a sostener su bienestar en esta etapa de la vida.

La generación actual de mujeres mayores se encuentra inmersa en un proceso de resignificación del envejecimiento. Durante décadas predominó una visión deficitaria de la

vejez, asociada a carencias y declive. Este imaginario produjo, como indica Puzzi (s.f.), vulnerabilización y exclusión de las personas mayores. En contraposición, en la actualidad cobra fuerza un nuevo paradigma, que como bien señala la autora anteriormente mencionada, busca valorar todas las dimensiones del sujeto y promover un envejecimiento activo orientado al bienestar. Sin embargo, persisten prejuicios que desvalorizan a los adultos mayores y limitan su participación plena en la sociedad. Estas condiciones, sumadas a la diversidad de trayectorias vitales de este grupo etario, vuelven necesario indagar cómo las experiencias e identificaciones tempranas influyen en la manera en que las mujeres mayores afrontan la etapa actual de su vida y sostienen su bienestar.

Para explorar dicha dimensión subjetiva, el presente estudio adopta un enfoque cualitativo narrativo-biográfico, donde la escucha de las historias de vida de las participantes se entiende como una vía privilegiada de acceso a la construcción de sentido sobre sus experiencias de envejecimiento. Como señala Muchnik (1998), el relato de vida ofrece una riqueza de contenido que permite profundizar en el contexto vital de cada sujeto y comprender las representaciones, significados y estrategias de afrontamiento desarrolladas a lo largo del tiempo. Este abordaje narrativo posibilita captar no solo qué hacen estas mujeres para cuidarse, sino también cómo entienden y resignifican sus prácticas de autocuidado a la luz de su historia personal.

En el ámbito académico, la presente investigación resulta pertinente por articular la perspectiva psicoanalítica con el estudio del envejecimiento saludable, una convergencia poco explorada hasta el momento. El psicoanálisis ofrece un marco teórico para indagar las

huellas inconscientes de las experiencias infantiles y comprender cómo estas se traducen en actitudes, deseos y recursos de afrontamiento a lo largo de la vida y en la vejez. Al poner el interés en la singularidad de cada trayectoria subjetiva, este enfoque complementa las aproximaciones biomédicas y sociales existentes, ampliando la mirada sobre la vejez más allá de los indicadores clínicos convencionales. De este modo, el estudio aporta una visión integradora, atendiendo a factores psíquicos, vinculares y culturales que inciden en el bienestar de las mujeres mayores.

La realización de este trabajo responde, además, a una motivación investigativa de índole personal y profesional por comprender las trayectorias de vida que conducen a una vejez plena y saludable. Explorar las narrativas de mujeres adultas mayores desde una mirada psicoanalítica permite generar conocimiento original que amplía las fronteras de la psicología y que puede tener un impacto tangible en la práctica. En relación a esto, los resultados de este estudio podrán contribuir al diseño de intervenciones y estrategias de promoción de la salud adaptadas a la singularidad de cada mujer mayor, atendiendo a sus recursos subjetivos y a la influencia perdurable de sus experiencias tempranas. Al comprender cómo las experiencias infantiles y los factores psíquicos inciden en el cuidado de sí mismas y en el bienestar en la vejez, este estudio pretende ofrecer un aporte significativo tanto al conocimiento académico como a las políticas públicas y programas estatales orientados a mejorar la calidad de vida en la tercera edad.

## **Pregunta de Investigación**

¿Cómo influyen las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas en la construcción y sostenimiento de estilos de vida saludables en mujeres adultas mayores?

### ***Objetivo General***

Comprender cómo las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas influyen en la construcción y sostenimiento de estilos de vida saludables en mujeres adultas mayores.

### ***Objetivos Específicos***

Describir las experiencias y vínculos tempranos significativos, en especial con las figuras parentales, presentes en las narrativas de las participantes.

Explorar la relación que las mujeres establecen con sus deseos y proyectos personales a lo largo de la vida.

Identificar estrategias de afrontamiento y recursos subjetivos utilizados para enfrentar situaciones vitales.

Reconocer similitudes y diferencias en las trayectorias vitales de las participantes que sostienen un estilo de vida saludable.

### **Supuestos Básicos**

El presente estudio parte del supuesto de que las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas desarrolladas en la infancia tienen una influencia significativa en

la forma en que las mujeres adultas mayores construyen y sostienen estilos de vida saludables. Desde una perspectiva psicoanalítica, las experiencias tempranas con las figuras parentales y las modalidades de vínculos que se vivencian conforman una trama subjetiva que influye en las decisiones, hábitos y estrategias de afrontamiento a lo largo de toda la vida. Además, se considera que el bienestar en la vejez no puede entenderse únicamente desde variables biológicas, sino que está determinado por una compleja interacción entre factores subjetivos, sociales y culturales. A partir de esto, es necesario conceptualizar, tal como señala la Organización Mundial de la Salud (s.f), los Determinantes Sociales de la Salud que se definen como

...las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (OMS, s.f.)

Es por eso que entender la vejez desde la perspectiva de los estilos de vida saludables supone reconocer cómo las huellas tempranas, inscriptas en la subjetividad, se entrelazan con los condicionantes sociales y culturales, configurando trayectorias singulares de bienestar en la adultez mayor. Y, a raíz de esto, se parte del supuesto de que las mujeres mayores que mantienen estilos de vida saludable han desarrollado recursos internos que les han permitido sostener prácticas de autocuidado, incluso frente a contextos diferentes entre sí. Estos recursos se nutren no solo de la historia personal de cada una de ellas, sino también de las redes de apoyo, la participación social y la capacidad de adaptación a los cambios tanto

históricos como culturales. Por último, se considera que, de acuerdo con lo planteado por Dahlgren y Whitehead (1991), las condiciones estructurales y los determinantes intermedios como la alimentación, el ingreso económico y el apoyo social, se entrelazan con factores psicológicos y culturales, incidiendo en la salud y el bienestar a lo largo del ciclo vital. Por esta razón, comprender cómo se articulan estos factores con la historia subjetiva permitirá identificar elementos protectores y facilitadores de un envejecimiento saludable.

## Estado del Arte

En lo que respecta a investigaciones relacionadas a esta temática y realizados en Argentina, Stornini, Xifra y Tiribelli en 2025 publicaron el estudio *Envejecimiento femenino, salud, participación social y desigualdades de género en contextos vulnerables*, cuyo objetivo fue analizar cómo la vulnerabilidad social y las desigualdades de género inciden en la salud y la participación comunitaria de mujeres mayores. La investigación se realizó en Mar del Plata, Argentina, con nueve mujeres de entre 65 y 86 años, residentes en los barrios Belisario Roldán y Centenario, mediante un enfoque cualitativo y método etnográfico basado en entrevistas en profundidad, observación participante y notas de campo, utilizando un muestreo teórico y por avalancha. Los resultados mostraron que las participantes enfrentaban inseguridad, precariedad habitacional, enfermedades crónicas y soledad, pero hallaban bienestar y autonomía en la participación social dentro de centros de jubilados y comedores, aunque sin ocupar roles de liderazgo. El estudio evidenció que la intersección entre género, clase y territorio condiciona el acceso a la salud, pero también que las redes comunitarias actúan como factores protectores y de resiliencia. Este antecedente aporta a la presente investigación al mostrar cómo el contexto social y la participación comunitaria inciden en el sostenimiento de prácticas saludables en mujeres mayores.

En esta misma línea, en el año 2023 Soliverez y Xifra publicaron el artículo *Mujeres en Organizaciones de Mayores: nuevos liderazgos y procesos de subjetivación femenina*, cuyo objetivo fue analizar la participación de mujeres mayores en Centros de Jubilados en Argentina, visibilizando los cambios en las relaciones de género y su impacto en la

subjetivación femenina. Con un enfoque cualitativo, el estudio se centró en las denominadas mujeres hacedoras: líderes que gestionan estas organizaciones, utilizando observación y entrevistas para describir transformaciones en los roles y en la dinámica institucional. La muestra incluyó 34 Centros de Jubilados pertenecientes a la UGL XI de PAMI, donde se constató un claro predominio femenino en los cargos jerárquicos: 58,8 % en presidencias, 64,7 % en vicepresidencias y 73,5 % en tesorerías. Estos resultados evidenciaron un creciente liderazgo de mujeres mayores y el cuestionamiento del histórico predominio masculino en los espacios de decisión. Las autoras concluyeron que estas mujeres no solo gestionan recursos y programas socio-preventivos, sino que también construyen redes de apoyo, promueven actividades generativas y redefinen su identidad en la vejez, enfrentando mandatos tradicionales y prácticas edadistas. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que muestra cómo la participación social y el liderazgo femenino favorecen procesos de empoderamiento y resignificación subjetiva, contribuyendo indirectamente a la construcción de estilos de vida saludables en la adultez mayor.

Fuera de la Argentina también es posible hallar estudios de este tipo. En 2024, Emily Olmos Álvarez, egresada de la Maestría en Psicoterapia del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), presentó en Tlaquepaque, Jalisco (México) la investigación titulada *Impacto de la psicoterapia en la resignificación de experiencias vitales y el cambio subjetivo para el envejecimiento saludable. Estudio de caso*, dirigida por el Dr. Marco Antonio Santana Campas. El estudio, de enfoque cualitativo y diseño de caso único, se centró en una mujer mayor de 60 años que atravesaba duelos no resueltos, enfermedades

crónicas y dificultades de afrontamiento emocional. Durante 40 sesiones terapéuticas, de las cuales nueve fueron analizadas con el Sistema de Clasificación de la Actividad Terapéutica (SCAT), se emplearon videograbaciones, transcripciones y diario de campo como instrumentos. La intervención se desarrolló en tres fases: construcción de la alianza terapéutica, trabajo en comunicación asertiva, límites, autoestima y autocuidado, y una etapa final de seguimiento para consolidar los avances. Los resultados mostraron que la participante logró resignificar sus experiencias vitales, fortalecer su sentido de vida y adoptar conductas de autocuidado, mejorando su bienestar emocional y su calidad de vida. Este estudio aporta evidencia sobre el papel de la psicoterapia como facilitadora de procesos subjetivos de cambio, demostrando que la resignificación de la historia personal puede incidir directamente en la adopción y sostenimiento de estilos de vida saludables en mujeres adultas mayores.

Un tiempo más atrás, en el año 2023, Juliana Castaño presentó el estudio *Corporalidades femeninas: reflexiones en torno a la adultez mayor*, realizado en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia (Colombia). La investigación tuvo como objetivo conocer las representaciones sobre el cuerpo físico en mujeres adultas mayores del municipio de El Retiro, Antioquia, visibilizando las formas (a menudo desapercibidas) de discriminación y violencia de género que atraviesan esta etapa del ciclo vital. Con un enfoque cualitativo y una metodología basada en la observación participante y entrevistas semiestructuradas, se trabajó con una muestra intencional de mujeres seleccionadas según criterios de diversidad en edad, estado civil, ocupación, nivel

educativo, origen, salud y experiencias vitales. Cada participante fue entrevistada en dos ocasiones, abordando su autobiografía, percepción corporal y experiencias en la adultez, registradas en grabaciones y diario de campo, y analizadas mediante el software Atlas.ti. Los resultados mostraron que las participantes asociaban el ideal corporal con la juventud, y que los cambios físicos del envejecimiento podían generar inseguridades reforzadas por estereotipos de género y presiones sociales. No obstante, también emergieron narrativas de aceptación, resignificación del cuerpo y valoración del autocuidado y del tiempo libre. Este estudio aporta al TFI al evidenciar cómo los mandatos socioculturales y de género inciden en la vivencia subjetiva del cuerpo en la adultez mayor, aspecto directamente vinculado con la construcción de estilos de vida y prácticas saludables.

En 2020, Jiménez Martínez y Sahagún Padilla publicaron el artículo *Me debo adaptar a la vida: Un análisis lacaniano del discurso sobre la vida en la vejez* en Uaricha. Revista de Psicología (vol. 17, pp. 60-70), de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (México). El estudio, de carácter cualitativo y enmarcado en el paradigma discursivo, utilizó el análisis lacaniano del discurso como metodología, retomando conceptos de Jacques Lacan como el significante, la estructura del discurso, la intersubjetividad y los tres registros. La muestra estuvo conformada por un pequeño grupo de personas mayores, en su mayoría mujeres, pertenecientes al club de la tercera edad *Volver a Vivir* de Aguascalientes, México. Se realizaron conversaciones abiertas, grabadas y transcritas íntegramente, con el fin de analizar cómo los propios sujetos significan su vida en la vejez. Los resultados identificaron una cadena significativa central: “*me debo adaptar a la vida, así se le queda a uno algo, mi*

*vida, aunque sea por el momento*”, que refleja la tensión entre la vida propia y la vida impuesta por el entorno, situando la adaptación como un deber ético que permite la reinserción simbólica en lo social. Este estudio constituye un aporte psicoanalítico lacaniano a la comprensión de la subjetividad en la vejez, al mostrar cómo los significantes estructuran la vivencia del envejecimiento, ofreciendo claves para comprender los procesos simbólicos en mujeres mayores, aunque sin abordar directamente las identificaciones tempranas.

En 2024, por su parte, Cervantes Álvarez publicó en México el trabajo *Perspectiva de la mujer ante la adultez tardía*, dirigido a mujeres de 65 años o más. Desde un enfoque psicoeducativo con base en la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson y la perspectiva neuropsicológica del envejecimiento, la autora diseñó e implementó un taller denominado “Mujer ante la vejez: ser para sí”. Este se realizó con metodología participativa y vivencial, incluyendo dinámicas grupales, ejercicios de reflexión y elaboración de un mural personal. La muestra estuvo conformada por 16 participantes, seleccionadas por conveniencia, que asistieron a cinco sesiones de dos horas. Los principales hallazgos señalaron que la adultez tardía implica para muchas mujeres la necesidad de resignificar la identidad, redefinir roles y afrontar cambios físicos, cognitivos, sociales y en la personalidad, así como el fenómeno del *ageism* (edadismo). La intervención permitió dejar al descubierto creencias limitantes sobre la sexualidad, promover estrategias de afrontamiento y favorecer la autopercepción positiva. Esta investigación aporta elementos para pensar cómo las mujeres resignifican su identidad y prácticas de autocuidado en la vejez, aspectos directamente vinculados a los estilos de vida saludables.

También resulta pertinente traer a colación el trabajo desarrollado en 2021, por Rosales y Campo titulado *Una indagación de los modos de subjetivación en dos mujeres desde el psicoanálisis con perspectiva de género*, realizado en el marco de un proyecto de investigación consolidado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Con un enfoque cualitativo y diseño descriptivo-interpretativo, el trabajo se basó en entrevistas semiestructuradas a dos mujeres residentes en la ciudad de San Luis, de 54 y 30 años, ambas trabajadoras, pertenecientes a un sector socioeconómico medio urbano, con estudios universitarios finalizados, en pareja y con hijas. El análisis abordó ideales, narcisismo, representación del cuerpo, funciones de apego y despliegue en los ámbitos público y privado, explorando las diferencias generacionales en torno a los mitos, prejuicios y estereotipos de género. Los resultados mostraron que una de las participantes se inscribía en un modo de subjetivación transicional, mientras que la otra lo hacía en un modo tradicional, evidenciando la influencia de los mandatos culturales y religiosos en la autopercepción y las prácticas cotidianas. Este antecedente aporta al TFI una mirada psicoanalítica con perspectiva de género sobre cómo las configuraciones subjetivas femeninas, modeladas por el género y la edad, condicionan las posibilidades de transformación personal y la construcción de estilos de vida más autónomos en las mujeres adultas mayores.

Por otro lado, en 2024, Saavedra, Ojeda, García Neira y Hasan, de la Facultad de Psicología de la UBA, publicaron el trabajo *Lo femenino en psicoanálisis y el rechazo a lo real del tiempo*, un estudio de articulación teórica con enfoque psicoanalítico freudiano-lacaniano. Su objetivo fue profundizar en los aspectos de lo femenino vinculados al rechazo

del transcurrir del tiempo como un Real ineludible. El estudio no contó con muestra empírica, ya que se trató de un abordaje conceptual, pero propuso una hipótesis central: el rechazo simultáneo a lo femenino y al paso del tiempo genera horror frente a la castración, provocando intentos de recubrimiento fálico mediante ficciones sociales y subjetivas. Las autoras y autores vinculan esta problemática con la fase preedípica y con modos de segregación del tiempo característicos de la contemporaneidad. Este trabajo ofrece una base conceptual sólida para comprender cómo las representaciones y rechazos asociados a lo femenino influyen en la manera en que las mujeres viven el envejecimiento, aportando un marco psicoanalítico que permite articular los hallazgos empíricos del TFI con la dimensión simbólica y subjetiva del tiempo en la adultez mayor.

Del otro lado del océano atlántico, en 2021, Yoselyn Aretuza Porras Mendoza presentó en Barcelona su trabajo final del *Máster Oficial Interuniversitario en Psicogerontología*, titulado *Estudio de los estilos parentales en la vejez: Tipología, estabilidad y relación con el bienestar*, bajo la tutoría de la Dra. Montserrat Celdrán Castro. La investigación tuvo como objetivo analizar los estilos parentales en la vejez, su estabilidad intergeneracional y su relación con el bienestar subjetivo. Con un enfoque cuantitativo y diseño transversal, el estudio contó con una muestra aleatoria de 317 personas mayores españolas de 65 a 89 años, residentes en Barcelona, Sevilla y Valencia, en su mayoría mujeres (77,8%), todas con hijos y al menos un nieto menor de 16 años. Se utilizaron cuestionarios estandarizados para evaluar los estilos parentales en tres momentos vitales: infancia, paternidad y abuelazgo, junto con las escalas de satisfacción con la vida (SWLS) y

sentido de la vida (PIL). Los resultados indicaron que el estilo permisivo fue el predominante en las tres etapas, mostrando estabilidad intergeneracional. Además, se observó que quienes recordaban un estilo autoritario en su infancia presentaban menor satisfacción y sentido de vida, mientras que los estilos permisivos o capacitadores se asociaban con mayor bienestar en la vejez. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que demuestra la influencia persistente de las experiencias tempranas de crianza en el bienestar psicológico en la adultez mayor, reforzando la importancia de las identificaciones tempranas y su transmisión generacional en la configuración de estilos de vida saludables.

Por último, resulta adecuado mencionar a Burin, quien en 2023 publicó el artículo; *Género y subjetividad en los modos de envejecimiento femeninos*, en la revista *Aperturas Psicoanalíticas*, editada por la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica en España. La autora, docente e investigadora en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), propone un análisis desde la perspectiva psicoanalítica articulada con los estudios de género. El trabajo se concentra en mujeres de sectores medios urbanos, abordando la construcción subjetiva del cuerpo y el impacto del envejecimiento en el repertorio deseante. A través de una reflexión teórico-clínica, presenta un caso de consulta psicoterapéutica donde confluyen la obesidad y percepciones olfativas, así como los efectos del aislamiento por la pandemia de COVID-19, incluyendo la interrupción de terapias presenciales y la transición a modalidades virtuales. Si bien no se trata de una investigación empírica con una muestra delimitada, la autora analiza experiencias clínicas y fenómenos socioculturales como la invisibilización de mujeres mayores, el edadismo, la misoginia internalizada y la

especificidad de parejas de mujeres lesbianas mayores. Los hallazgos resaltan que las representaciones sociales centradas en la juventud y la productividad invisibilizan los deseos y vínculos sexo-afectivos en la vejez, produciendo malestar subjetivo. Este antecedente es clave para comprender cómo los mandatos de género, la construcción del cuerpo y las representaciones sociales influyen en las posibilidades de sostener estilos de vida saludables en mujeres adultas mayores.

## Marco Teórico

Para darle inicio a este apartado, resulta pertinente traer las palabras de Viktor Frankl, quien afirma que “nada del pasado está irremediabilmente perdido, sino que se conserva irrevocablemente” (Frankl V., 1993, p. 147). En este potentísimo enunciado, el autor sostiene que aunque la vida esté marcada por la transitoriedad y la muerte, cada experiencia elegida y vivida queda preservada en el pasado, transformándose en una huella indeleble que le otorga sentido a la existencia. Lo que desaparece no es lo vivido, sino las posibilidades no actualizadas, aquello que sí se concreta pasa a formar parte de un patrimonio que ya no se borra. Esta mirada permite comprender cómo las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas de la infancia, lejos de diluirse en el tiempo, permanecen inscriptas y se actualizan en la adultez mayor. Tal como señala Frankl (1993), cada decisión se convierte en una acción imperecedera y en un monumento de la existencia, y es precisamente en esas huellas donde se inscriben las maneras en que las mujeres adultas mayores sostienen estilos de vida saludables. Así, la responsabilidad que Frankl atribuye a la elección de cada instante se vincula con la responsabilidad subjetiva de cada mujer en apropiarse de su historia y transformar sus experiencias tempranas en recursos vitales para la vejez.

Las palabras del autor antes mencionado convergen con lo abordado por Sigmund Freud en *El malestar en la cultura* (1930), que planteaba que en la vida anímica nada de lo que alguna vez se formó puede sepultarse por completo, ya que todo se conserva de algún modo y puede ser traído nuevamente a la conciencia en circunstancias apropiadas. En este

sentido, nada muere definitivamente, sino que continúa existiendo en la vida psíquica e influye en las maneras de percibir y responder a la realidad, configurando así un modo de ser. A partir de esta premisa, el hecho de que todo lo vivido permanezca en la vida psíquica implica que el pasado insiste, pero también que es posible intervenir en él para transformar la forma en que se manifiesta.

Cada vez que se produce una pérdida (ya sea de un amor, una ilusión o un ser querido), resulta necesario tramitarla simbólicamente, elaborarla, hablar y recordar, para otorgarle un lugar limitado que evite su persistencia dolorosa o su repetición inconsciente. De lo contrario, al intentar habitar el presente, aquello no elaborado retorna y perturba la paz interior. Cuando un elemento del presente remite a un significante de la historia personal, reactivando una escena antigua y dolorosa, se revive inconscientemente ese pasado, y muchas veces las respuestas surgen de manera automática, sin comprender su origen. Es precisamente el psicoanálisis el que se orienta a otorgar sentido y lugar en la historia a eso que insiste sin haber encontrado aún su significado.

Habiendo establecido que las experiencias tempranas dejan inscripciones que se actualizan a lo largo del ciclo vital, el envejecimiento se comprende aquí como el escenario privilegiado donde dichas huellas se reconfiguran frente a pérdidas, cambios corporales y transformaciones vinculares. Desde una perspectiva biopsicosocial y psicoanalítica, esto implica considerar simultáneamente condiciones materiales y simbólicas, así como recursos yoicos y redes de sostén, para explicar porqué la vejez no se reduce al declive, sino que puede tramitarse como período de reorganización y continuidad vital.

## **Envejecimiento**

El envejecimiento, lejos de reducirse a un fenómeno biológico, implica una trama de factores sociales, culturales y subjetivos que modelan la manera en que cada persona transita la vejez. La Organización Mundial de la Salud (2022) define el envejecimiento como un proceso que se desarrolla con la edad y que se caracteriza por un deterioro progresivo de las funciones vitales, con la consecuente disminución de las respuestas adaptativas y un mayor riesgo de enfermedades. No se trata de un proceso homogéneo, ya que se manifiesta de modos diversos en cada persona mayor.

En la actualidad, entender la vejez sólo desde una mirada biologicista sería cometer un error ético, ya que, como se planteó previamente, la misma debe ser pensada como una etapa del ciclo vital atravesada por significaciones sociales, culturales y subjetivas. Uno de los desafíos principales es superar los prejuicios que históricamente han acompañado al envejecimiento, como señalan Papalia et al. (2012), conocidos como viejismo, entendidos como formas de discriminación hacia las personas mayores basadas en su edad. Estos pensamientos tienden a relacionar a los adultos mayores con imágenes de deterioro, pasividad o dependencia, invisibilizando la diversidad de recorridos posibles. La investigación ha mostrado que, como tal como indican Cuddy, Norton y Fiske, (2005), citados por Papalia et al. (2012, p. 540), en muchas culturas occidentales los estereotipos de la vejez combinan percepciones positivas (como lo son la cercanía afectiva y la sabiduría) con representaciones negativas asociadas a la incompetencia y el bajo estatus social. Estos estereotipos, como también describe Levy (2003), citado por Papalia et al. (2012, p. 540), incorporados e

internalizados desde edades tempranas, pueden convertirse en profecías autocumplidas que afectan las expectativas y conductas de las propias personas mayores. A diferencia de esto, según Papalia et al. (2012), existen contextos culturales donde la vejez se asocia a prestigio y respeto, como pasa en Japón, donde ser anciano es símbolo de estatus y sabiduría. Estas discrepancias dejan ver que la vejez no es solo un hecho biológico, sino también una construcción social.

Se observa también, en línea con lo desarrollado, un proceso inédito de envejecimiento poblacional a nivel global. El mismo, entre muchos otros factores, tiene que ver con la disminución de la fecundidad, los avances en la medicina y la mejora en los estilos de vida que han llevado a un aumento sostenido en la cantidad de personas mayores de 65 años. Se cree, según señalan Kinsella y He (2009), citado por Papalia et al. (2012, p.540), que para el año 2040 este grupo etario superará los 1.300 millones de personas en el mundo. Y esto ocurre, además, como indican Papalia et al. (2012), porque la población mayor está envejeciendo, ya que vemos grupos de personas de 80 años y más que constituyen el fragmento de crecimiento más acelerado, con un aumento proyectado de más del 200% entre 2008 y 2040. A partir de esto, la gerontología ha planteado la necesidad de distinguir entre diferentes trayectorias dentro de la adultez tardía. Neugarten y Neugarten (1987), citado por Papalia et al. (2012, p.542), se refieren a los viejos jóvenes, para mencionar a aquellos adultos de entre 65 y 74 años, generalmente activos y saludables. Los diferencian de los viejos viejos, quienes están entre los 75 y 84 años, y de los viejos de edad avanzada, de 85 años en adelante, más relacionados a la fragilidad y dependencia.

Una clasificación complementaria que aborda Papalia et al. (2012) es la de la edad funcional, que hace referencia a la capacidad de la persona para desenvolverse en su entorno físico y social, más allá de la edad cronológica. Este criterio cobra especial valor para reconocer la heterogeneidad del envejecimiento y evitar miradas homogéneas o deficitarias. De este modo, se entiende que los cambios demográficos y culturales en torno a la vejez invitan a reconsiderar este momento vital como una etapa plural, en la que convergen posibilidades de desarrollo, aprendizajes y vínculos significativos, junto con desafíos asociados a la salud, la funcionalidad y la integración social.

La longevidad en los humanos ha sido interés de estudio desde tiempos antiguos, vinculada al deseo de comprender no solo cuánto tiempo puede vivir una persona, sino también qué factores influyen en la calidad de vida de esos años. Según Papalia et al. (2012), la expectativa de vida se define como el tiempo promedio que, de manera estadística, se espera que viva una persona nacida en un momento y contexto determinado, mientras que la longevidad refiere a la duración real de la vida de las personas. Por su parte, el concepto de ciclo de vida hace referencia al límite máximo biológico que puede alcanzar el ser humano. Los avances en nutrición, medicina y condiciones socio ambientales han generado un aumento sostenido en la expectativa de vida durante el último siglo.

A partir de esto, es posible afirmar que las diferencias regionales muestran que la longevidad no sólo depende de factores biológicos, sino también de condiciones sociales. Como señala la Organización Mundial de la Salud (2011), citado por Papalia et al. (2012, p. 543), mientras que en países desarrollados la expectativa de vida supera los 80 años, en

lugares con elevados índices de pobreza, conflictos bélicos o prevalencia de enfermedades infecciosas, la media puede descender de manera drástica. Estas diferencias resaltan que la longevidad está muy atravesada por el contexto histórico, económico y cultural de cada sociedad. Otra cuestión importante es que, más allá de la cantidad de años vividos, en la actualidad se destaca la importancia de la expectativa de vida saludable, que tiene que ver con la cantidad de años que una persona puede esperar vivir sin enfermedades incapacitantes. Papalia et al. (2012) presentan esta postura como muy necesaria e importante para entender que el envejecimiento no debe concebirse sólo como prolongación de la vida, sino como la posibilidad de sostener autonomía, bienestar físico y participación social durante la adultez tardía.

Distintos estudios como los de Vu, Liu, Garside y Daviglus (2009), citados por Papalia. et al. (2012, p. 555), coinciden en que la forma en que las personas organizan sus hábitos cotidianos influye en gran medida en la calidad de la vejez. Donde por ejemplo las elecciones vinculadas al consumo (o no) de tabaco, de alcohol y a la práctica regular de ejercicio físico son factores decisivos que explican por qué algunos adultos mayores logran sostener un envejecimiento saludable mientras que otros desarrollan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y limitaciones funcionales. La investigación en salud pública ha mostrado que la actividad física tiene un papel central no solo en la prevención de la enfermedad, sino también en la preservación de la independencia.

La nutrición conforma otro pilar fundamental en la salud de los adultos mayores. Según Esposito et al. (2004), citado por Papalia. et al. (2012, p. 557), la dieta mediterránea

(rica en aceite de oliva, vegetales, cereales integrales y frutos secos) se relaciona con una notable reducción del riesgo cardiovascular en personas mayores. A su vez, Rosamund et al. (2008), citado por Papalia et al. (2012, p. 557), encontraron que la combinación de esta dieta con actividad física, consumo moderado de alcohol y abstinencia de tabaco reduce de manera significativa la mortalidad en mayores de 70 años.

Otro de los conceptos que caben destacar en este trabajo es el de sabiduría, ya que en el desarrollo del ciclo vital, ésta se entiende como una culminación posible, no inevitable, del crecimiento personal. Desde la psicología de la personalidad, Jung y Erikson la presentan como el resultado de una trayectoria de individuación y de equilibrio yoico alcanzado tras enfrentar crisis y tareas psicosociales. Así, la vejez ofrece condiciones propicias para integrar la experiencia y otorgarle sentido (Jung, citado por Papalia et al., 2012, p. 568; Erikson, citado por Papalia et al., 2012, p. 574). Como capacidad cognoscitiva, según refiere Kramer (2003), citado por Papalia et al. (2012, p. 568), la sabiduría se define por una comprensión amplia y profunda de la vida humana y por un juicio reflexivo sobre cómo aplicar ese saber en contextos reales, incorporando insight, tolerancia a la ambigüedad y cierta trascendencia del interés puramente personal. Desde la psicología del pensamiento, se la concibe como una extensión del pensamiento posformal, una síntesis flexible de razón y emoción que reconoce paradojas y múltiples perspectivas (Labouvie-Vief, 1990a, 1990b, citado por Papalia et al. 2012, p. 568).

En la adultez tardía, el desarrollo psicosocial se presenta como una cuestión compleja, dado que es una etapa donde se entrecruzan cambios en la personalidad, el bienestar

subjetivo, los vínculos sociales y las formas de adaptación frente al envejecimiento. Papalia et al. (2012) destacan que no se trata solo de un período de pérdidas, sino también de posibilidades de reorganización y crecimiento. La teoría psicosocial de Erik Erikson plantea que la última etapa de la vida se centra en la resolución del conflicto entre integridad del yo y desesperanza. La integridad, como plantean Papalia et al. (2012), implica aceptar la vida como se vivió, reconociendo aciertos y errores, pero encontrando en ellos un sentido global que permite afrontar la muerte con serenidad. A diferencia de esto, la desesperanza aparece cuando la persona siente que su vida fue vacía o insatisfactoria, generando angustia y resentimiento.

A partir de lo expuesto, es factible considerar que el bienestar en la vejez depende, en gran parte, de la capacidad para adaptarse a las pérdidas y reorganizar los recursos disponibles. Baltes y Baltes (1990), citado por Papalia et al. (2012, p. 582), desarrollaron el modelo de optimización selectiva con compensación, en donde los adultos mayores seleccionan metas alcanzables y significativas, optimizan los recursos que conservan y compensan las limitaciones con estrategias alternativas. Este enfoque, según Baltes y Smith (2004), citados por Papalia et al. (2012, p. 582), explica cómo muchas personas logran mantener un alto nivel de satisfacción vital incluso ante la presencia de enfermedades o limitaciones físicas. Y, en este sentido, el bienestar se relaciona profundamente con la salud mental. En cuanto a la depresión, la misma tiende a aumentar en la vejez cuando existen pérdidas de pareja, soledad o enfermedades crónicas. Pero a pesar de esto, quienes cuentan con redes sociales sólidas y sentido de propósito, muestran mayor resiliencia.

Por su parte, el retiro o la jubilación conforma una de las transiciones más importantes y significativas en la adultez tardía. Papalia et al. (2012) señalan que jubilarse no implica necesariamente una pérdida de identidad o de bienestar, ya que muchas personas reorganizan este tiempo en torno a proyectos personales, actividades comunitarias o familiares. En este sentido las investigaciones muestran que la adaptación positiva al retiro depende de factores como el nivel socioeconómico, la posibilidad de elegir el momento de la jubilación y la presencia de una red de apoyo. En donde aquellos que se retiran por obligación, enfermedad o crisis económica suelen experimentar mayor malestar, mientras que quienes lo hacen de manera planificada pueden hallar nuevas oportunidades de satisfacción.

En cuanto a las relaciones íntimas y familiares, las mismas adquieren un papel fundamental en la adultez tardía. El matrimonio, cuando se mantiene en la vejez, suele convertirse en un lugar de apoyo emocional y de compañía, favoreciendo la salud física y psicológica. Sin embargo, la viudez genera una de las pérdidas más difíciles de afrontar, puede producir sentimientos de soledad, un duelo prolongado y necesidad de reestructurar la identidad personal. En el caso del divorcio en edades avanzadas, según Papalia et al. (2012) plantea desafíos en lo económico y emocional. Aun así, algunos adultos mayores forman nuevas parejas, mostrando la importancia de la intimidad y la compañía en esta etapa de la vida. Y en relación con los hijos adultos y nietos, el apoyo puede ser bidireccional, donde los mayores aportan cuidado, recursos y transmisión cultural, mientras que reciben sostén emocional y ayuda instrumental. La calidad de estas relaciones depende de la historia familiar, la cercanía afectiva y la disponibilidad de tiempo y recursos.

En función de lo elaborado hasta aquí, se puede observar que el desarrollo psicosocial en la adultez tardía se caracteriza por la tensión entre pérdidas y ganancias. Que aunque ciertas capacidades físicas y cognitivas disminuyen, los adultos mayores suelen compensar con regulación emocional, experiencia y vínculos significativos. En cuanto a la personalidad, esta se mantiene en gran medida estable, y el bienestar depende de la capacidad de adaptación y las redes sociales de calidad que funcionan como sostén para un envejecimiento positivo. En este sentido, se habla de envejecimiento exitoso cuando la persona logra integrar su historia vital, mantener el bienestar psicológico y sostener relaciones significativas.

Bajo esta comprensión heterogénea del envejecimiento, los estilos de vida saludables operan como mediadores flexibles entre trayectorias biográficas y resultados en salud. En este estudio, los estilos de vida saludables se definen operativamente como estructuraciones subjetivas que se expresan en prácticas sostenidas, como por ejemplo la realización de actividad física, sostener cuidados del cuerpo, practicar la regulación emocional y conectar con la participación social. Estas características y actividades mantienen capacidad funcional y sentido de proyecto, más allá de lo que puedan decir las métricas clínicas rígidas. Así, los estilos de vida saludables son leídos como prácticas con significado, no como pasos universales.

### **Estilos de vida saludables en la vejez**

Hacer referencia a estilos de vida saludables implica pensar en una serie de conductas que son favorables para la salud, y una de ellas es la actividad física. La misma se define como “todo movimiento que realiza nuestro cuerpo a través de los músculos esqueléticos,

causando un gasto de energía” (OMS, 2024, p. 1). Entre las actividades más comunes se destacan caminar, andar en bicicleta, pedalear, practicar deportes y participar en juegos y actividades recreativas. Al contrario de esto, no realizar ninguna actividad física es considerado uno de los principales factores de riesgo de mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT). Por eso, a continuación se detallan algunos beneficios que, según la OMS (2024), posee la actividad física para el rango etario que ha sido abordado en este trabajo, en donde se establece que para el adulto y el anciano, esta práctica reduce el riesgo de mortalidad por todas las causas y por enfermedades cardiovasculares. Además, genera una disminución de probabilidades de padecer hipertensión, cánceres en lugares específicos y de diabetes tipo 2. En el mismo sentido, mejora la salud mental, cognitiva, el sueño y las medidas de grasa corporal.

La Organización Mundial de la Salud (2018) señala que una alimentación saludable conforma uno de los pilares fundamentales de los estilos de vida saludables. En términos generales, hace referencia a una dieta variada y equilibrada que incluya frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y grasas saludables, limitando el consumo de azúcares, grasas saturadas, grasas trans y sal en exceso. Más allá de las cifras nutricionales, lo más importante está en que la alimentación sea entendida como un recurso para generar salud, prevenir enfermedades y sostener el bienestar a lo largo de la vida.

Ahora bien, las mismas prácticas no significan lo mismo para todas las personas. Para comprender por qué ciertas mujeres sostienen estilos de vida saludables a pesar de adversidades, es necesario ingresar al plano de la estructuración subjetiva, comprendiendo y

teniendo en cuenta variables como las experiencias tempranas, la tramitación del deseo y de la pérdida, cómo fue la formación del superyó y cuáles son los recursos yoicos de afrontamiento. Desde Freud y su reelaboración en Lacan, estas operaciones psíquicas orientan la apropiación del cuerpo, la regulación de la angustia y la traducción de prescripciones sociales en prácticas singulares de cuidado. Este andamiaje conceptual permite, entonces, leer los estilos de vida saludables como efectos subjetivos de una historia que persiste y se resignifica en la vejez.

### **Estructuración subjetiva (Freud y Lacan)**

Desde la perspectiva integral con la que se realizó el presente trabajo, los estilos de vida saludables pueden considerarse manifestaciones visibles de procesos subjetivos más profundos, que expresan la forma en que cada persona organiza su vida cotidiana, se vincula con su cuerpo y se cuida a sí misma. Desde el psicoanálisis, la noción de estructuración subjetiva permite comprender cómo las primeras experiencias y vínculos afectivos configuran modos singulares de ser, sentir y actuar en el mundo. Es por eso que el abordaje de las identificaciones en este marco teórico responde a la necesidad de rastrear, desde los fundamentos del psicoanálisis, cómo se constituyen las primeras huellas subjetivas que marcarán la relación del sujeto con su cuerpo, con los otros y con su propio deseo. La decisión de iniciar el recorrido con Freud responde a que sus conceptualizaciones inauguraron una nueva forma de pensar la subjetividad, mostrando que la vida psíquica está atravesada por identificaciones tempranas que permanecen activas a lo largo de todo el ciclo vital (Freud, 1923). Este recorrido teórico permite analizar cómo las experiencias infantiles y

los vínculos parentales se inscriben en la subjetividad de las mujeres, generando marcas que condicionan sus elecciones, sus modos de cuidado y las prácticas que en la adultez mayor se traducen en estilos de vida saludables.

De esta forma, al reconstruir los aportes freudianos y retomarlos luego en la lectura lacaniana, se busca articular la dimensión histórica de la teoría psicoanalítica con la problemática actual del envejecimiento saludable. La secuencia temática elegida permite mostrar cómo, lejos de ser simples nociones clínicas, los conceptos de identificación y Edipo constituyen operadores fundamentales para entender la manera en que las mujeres mayores han internalizado modelos, ideales y mandatos, los cuales hoy se reflejan en sus estrategias de autocuidado y en la posibilidad de sostener un proyecto vital en la vejez.

Sigmund Freud (1856–1939) fue neurólogo austríaco que se interesó, en un primer momento, por pacientes que padecían síntomas histéricos. Esto quiere decir que se evidenciaba sintomatología física (por lo general grave) sin poder localizar ninguna causa orgánica, por lo que en parte eran considerados como “simuladores” por la medicina de la época. Retoma los antecedentes de Charcot sobre la hipnosis y Breuer en la cura por la palabra, construyendo su propio método. Inicialmente, Freud observó que los síntomas histéricos provenían de vivencias traumáticas infantiles reprimidas, cuyo recuerdo estaba disociado de la conciencia. Estas experiencias, cargadas de displacer, quedaban fijadas como huellas mnémicas en lo inconsciente y retornaban bajo la forma de síntomas. La cura consistía en recuperar y descargar el afecto reprimido mediante la palabra, proceso que llamó abreacción.

Freud elaboró dos modelos del aparato psíquico: por un lado la primera tópica, compuesta por los sistemas consciente, preconsciente e inconsciente. Allí introduce la noción de defensa y la represión como mecanismos centrales (Freud, 1900). Luego, formaliza lo que se denomina la segunda tópica, formada por el ello, el yo y el superyó, en constante tensión entre el principio de placer, el principio de realidad y ubicando incluso que existen pulsiones que contradicen al principio de placer (Freud, 1923).

Por otra parte, resulta importante destacar el concepto de identificación, el cual ocupa un lugar central en la teoría freudiana desde sus primeros escritos hasta sus últimos desarrollos, ya que permite comprender cómo se constituye el sujeto en su vínculo con los otros. Freud (1921), en *Psicología de las masas y análisis del yo*, define a la identificación como “la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (p. 99). Se trata de un proceso psíquico mediante el cual el sujeto toma como propio un rasgo, una cualidad o una posición de otra persona, inscribiéndose en su yo. Esta operación no es un simple proceso de imitación consciente, sino que constituye una de las formas más tempranas y fundamentales de relación con los objetos de amor. Freud distingue varios tipos de identificación. Una de las más tempranas es la identificación primaria, que se establece en la infancia antes de que existan objetos de amor claramente diferenciados. En este caso, el niño se constituye tomando al otro (en general, las figuras parentales) como modelo a través del cual organiza su yo. En cambio, las identificaciones secundarias se producen a partir de la pérdida de un objeto de amor y consisten en la incorporación de sus rasgos al yo como sustituto del objeto perdido.

Freud (1917) en *Duelo y melancolía* explica cómo, ante la pérdida, el yo se empobrece al identificarse con el objeto ausente, lo que da cuenta de la importancia de la identificación en los procesos de constitución subjetiva y en la economía libidinal. Así, la identificación no solo está en la base de la constitución del yo, sino que también forma parte de la dinámica entre deseo, pérdida y sustitución. Posteriormente, Freud (1923) en *El yo y el ello* amplía esta conceptualización, al señalar que el superyó se constituye a partir de identificaciones con las figuras parentales. Es decir, la interiorización de normas y prohibiciones se da a través de este mecanismo, mostrando cómo la identificación funda tanto la constitución del yo como la instancia moral que lo regula. Por su parte, Freud también señala que incluso en los procesos terapéuticos más avanzados persisten restos identificatorios primitivos que determinan la manera en que cada sujeto puede o no producir cambios. Esto resalta que las identificaciones tempranas no desaparecen, sino que permanecen como núcleo estructurante de la subjetividad.

En esta línea, el autor previamente citado retoma la tragedia griega de Edipo Rey para explicar la compleja trama vincular que le abre paso a la subjetividad y a un modo de ser y estar en el mundo en la vida adulta. Este momento estructurante del desarrollo psíquico condensa el deseo, la rivalidad y la prohibición, y su resolución marca el pasaje hacia la constitución del superyó y la aceptación de los límites impuestos por la ley. El atravesamiento y posterior sepultamiento del Complejo de Edipo, entonces, no se reduce a un simple episodio infantil, sino que inaugura la posibilidad de asumir la diferencia, de renunciar a la completud y de abrirse a nuevos vínculos y objetos de amor. El complejo de Edipo hace

referencia a la tragedia griega de Sófocles, publicada alrededor del año 429 a.C. y en la cual Edipo (rey de Tebas) mata a su padre y se casa con su madre sin saberlo. Para Freud (1924), este complejo se desarrolla durante la fase fálica, alrededor de los cuatro y cinco años de edad. Se caracteriza por la ambivalencia afectiva hacia los padres. En el caso de la niña, la atracción hacia el padre y la rivalidad con la madre, y en el niño, la atracción hacia la madre y la rivalidad con el padre. Esta conflictiva no surge de manera inmediata, ya que antes del Edipo existe una fase preedípica en la que el objeto de amor es la madre. Freud (1924), distingue tres momentos: un primer momento preedípico (donde el objeto de amor es la madre), un segundo momento (el complejo de Edipo propiamente dicho, en el que se instala la ambivalencia de amor-odio hacia las figuras parentales), y un tercer momento: el sepultamiento del complejo de Edipo, que implica abandonar la relación de objeto tal como se desarrollaba hasta el momento, para empezar a experimentar de otros modos de satisfacción. En el desarrollo de estos momentos se ponen en juego la identidad sexual, la constitución del superyó, la angustia, la conciencia moral y la salida exogámica. La importancia del Complejo radica en que atravesarlo determina la identidad social y sexual, el modo en que se constituye el superyó y la posibilidad o no de resolver la conflictiva neurótica. En la fase fálica, el niño se enfrenta a la amenaza de castración, que funciona como límite y posibilita la salida del Complejo de Edipo. Esta amenaza se articula con el descubrimiento de la diferencia sexual, al observar los genitales femeninos y confrontar la posibilidad de pérdida. En el caso de la niña, Freud sostiene que no existe un complejo de

castración, sino la envidia del pene, asociada al contexto cultural de la época, en el cual el varón ocupaba una posición privilegiada frente a la mujer.

La castración, entendida como límite, introduce la internalización de la ley y la prohibición del incesto. El sepultamiento del complejo de Edipo supone la asimilación de esta prohibición y la salida exogámica, es decir, la posibilidad de separarse del objeto de amor parental para dirigirse a otros vínculos. Freud (1924), enfatiza que, cuando el sujeto queda fijado en la conflictiva edípica, se manifiestan las neurosis tanto obsesivas, fóbicas o histéricas, siendo la conflictiva edípica el núcleo central de todo neurótico. El sepultamiento del complejo de Edipo también implica que el superyó se consolide a partir de las identificaciones con los padres, quienes en un primer momento eran objeto de amor sexual y, al ser resignados como tales e investidos de forma tierna, dejan huellas que se transforman en mandatos, ideales, normas y reglas que se introyectan. Cada vez que el sujeto abandona un objeto, se produce una identificación con él, lo que permite que el superyó se nutra de esas marcas.

Más adelante, al momento de escribir y publicar *Más allá del principio de placer* (1920), Freud atraviesa un momento personal sumamente complejo, marcado por la pérdida de una hija, la desaparición de un hijo durante la guerra y el diagnóstico de un cáncer de garganta que años más tarde acabaría por provocarle la muerte. Estos acontecimientos vitales, junto con su experiencia clínica acumulada, lo llevan a replantear y profundizar los fundamentos de su teoría psicoanalítica. Hasta ese momento, el aparato psíquico lo concebía regulado por el principio de placer, según el cual la tendencia básica del psiquismo era

reducir la tensión y descargar excitaciones para evitar el displacer. Sin embargo, a partir de nuevas observaciones clínicas (como la compulsión a la repetición en pacientes que revivían experiencias dolorosas sin aparente beneficio), el autor introduce una serie de interrogantes que ponen en duda la primacía de dicho principio. En consecuencia, propone un nuevo dualismo pulsional, compuesto por las pulsiones de vida (Eros) y las pulsiones de muerte (Tánatos). Mientras que Eros tiende a la conservación, la unión y la creación, Tánatos se orienta hacia la agresión, la autodestrucción y la búsqueda de un estado de ausencia de estímulo. Así, Freud concibe que la pulsión de muerte puede manifestarse tanto hacia el exterior (como ocurre en la violencia o la destrucción de otros), o bien hacia el propio yo, donde puede adquirir formas sublimadas, como en determinadas expresiones artísticas o deportivas, o bien manifestaciones patológicas, como las conductas autodestructivas o incluso el suicidio.

En este contexto, Freud también trabaja el concepto de masoquismo, entendiendo al mismo como la obtención de satisfacción en el displacer, ya sea a través de la sexualidad o mediante conductas autolesivas, por ejemplo. De igual modo, advierte que el síntoma mismo puede generar una ganancia secundaria al proveer cuidados, atención o beneficios que dificultan la posibilidad de la cura. De este modo, el autor concluye que el aparato psíquico no se regula únicamente por el principio de placer, sino que se encuentra atravesado por la tensión constante entre Eros y Tánatos, entre las fuerzas de la vida y las de la muerte, cuya interacción puede resultar tanto complementaria como conflictiva.

Posteriormente, en *El yo y el ello* (1923), Freud inaugura lo que se denominó la segunda tópica del aparato psíquico. Aquí, el autor plantea la necesidad de revisar su primera teoría, ya que la noción de inconsciente resultaba insuficiente para explicar ciertos fenómenos clínicos. Hasta entonces, había concebido lo inconsciente como un producto de la represión, como un contenido preconscious que podía devenir consciente, o bien como un inconsciente desde siempre asociado a fijaciones. Frente a estas limitaciones, propone una nueva formulación estructural del aparato psíquico, compuesta por tres instancias a las que nombraría como el ello, el yo y el superyó, las cuales mantienen entre sí una relación dinámica y de conflicto permanente, y se encuentran en interacción continua con el mundo externo.

El ello es definido como el reservorio pulsional originario, amoral y acrítico, gobernado por el principio de placer. En él residen tanto las pulsiones de vida (Eros) como las de muerte (Tánatos), buscando descarga inmediata de tensiones. Por otra parte el yo, que Freud inicialmente había concebido como autónomo y regidor de la conciencia, en esta segunda tópica se transforma en un vasallo al servicio de varios amos: el ello, el superyó y las demandas provenientes de la realidad externa. Su origen está ligado a la superficie corporal y a las primeras identificaciones, constituyéndose a partir de percepciones internas (sensoriales) como sensaciones corporales, huellas erógenas (producto de los primeros cuidados y una erogenización del cuerpo durante la primera infancia) y externas como huellas mnémicas (resto de lo visto y oído). Es decir: identificaciones con lo que le dijeron a ese niño o niña, provenientes de las palabras e imágenes transmitidas por padres u otros adultos significativos

con los que ese niño o niña interactúa. De allí que el yo se construya desde afuera, a partir de los discursos y miradas de los otros, y quede siempre atravesado por la dependencia. Es por eso que Freud decía que el yo es, antes que nada, un yo corporal. Cada uno habita un cuerpo y lo que le suceda a ese cuerpo influye en las emociones, pensamientos, decisiones que el sujeto tome. Lo que le pase al cuerpo es fundamental para la vida anímica.

Por último, el superyó surge como una instancia del aparato psíquico heredera del complejo de Edipo y tiene la función de vigilar, censurar y dirigir la conducta del yo. Freud (1923) explica que la relación más difícil del yo no es únicamente con el ello, que exige satisfacción inmediata de las pulsiones, sino también con el superyó, cuya exigencia moral puede volverse incluso más severa que las demandas pulsionales. Este superyó se forma a partir de las primeras identificaciones con los padres y figuras de autoridad, proceso que Freud había anticipado en *Introducción del narcisismo* (1914) y *Duelo y melancolía* (1917). En estos textos, observa que en los melancólicos se produce una identificación del yo con el objeto perdido, dando lugar a un yo dividido y ferozmente crítico consigo mismo. De allí se desprende la idea de que el superyó se constituye como heredero del complejo de Edipo, condensando los mandatos y valores internalizados de las figuras parentales.

En el abandono de la relación de objeto, explica Freud, se producen identificaciones. En el caso de la melancolía, el yo se identifica con el objeto perdido en su totalidad. En cambio, en otros desarrollos neuróticos, la identificación se da por rasgos parciales. Estas identificaciones sucesivas alimentan la constitución del superyó, que se forma primero a partir de los mandatos de los padres y luego incorpora nuevos modelos de autoridad, como

podrían serlo maestros u otras figuras significativas para la vida anímica del sujeto. En este sentido, el superyó consciente corresponde a todo aquello que el sujeto recuerda haber aprendido como lo que debía ser, mientras que el superyó inconsciente está compuesto por las identificaciones con rasgos y mandatos internalizados que operan fuera de la conciencia (Freud, 1914, 1917).

Por su parte, el ello es amoral, dominado por el principio del placer, mientras que el superyó representa la moral y la prohibición. Cuando el yo se encuentra en conflicto con las exigencias de ambas instancias, surge la angustia. Como ya se mencionó anteriormente, el superyó puede ser tanto protector como cruel. En su versión más severa, puede tornarse sádico, aliado de las pulsiones de muerte del ello, generando una dinámica de autodestrucción psíquica observable en los cuadros melancólicos y en las tendencias suicidas. En las neurosis, este conflicto se traduce en la renuncia al deseo, ya que el superyó, en su función crítica, se impone sobre las demandas pulsionales del ello, generando un desequilibrio interno donde el yo queda subordinado a la culpa y la represión.

Por otro lado, aunque el mundo externo no constituye una instancia propiamente dicha, Freud (1923) lo reconoce como la realidad con la que el yo debe confrontarse. Sin embargo, introduce aquí la noción de realidad psíquica, que no coincide necesariamente con la realidad objetiva, sino con la forma en que cada sujeto percibe, representa y significa su experiencia. De este modo, a partir de la elaboración de la segunda tópica, Freud amplía y complejiza su concepción del aparato psíquico, superando la oposición entre consciente e inconsciente, para integrar una dinámica conflictiva entre poder, deseo y regulación moral. El

yo ya no aparece como una instancia soberana, sino como un mediador frágil, permanentemente tensionado entre las exigencias del ello, los ideales y mandatos del superyó, y las demandas del mundo externo, motivo por el cual Freud lo denomina el almacigo de la angustia (Freud, 1923).

Resulta pertinente retomar en este punto a Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista francés, quien no solo fue un lector profundo de Freud, sino también un estudioso de la filosofía y las matemáticas. Aunque no era lingüista, su obra se desarrolló bajo una fuerte impronta lingüística y estructuralista, lo que llevó a situarlo dentro de esta corriente del pensamiento contemporáneo. Lacan (1953) propuso volver a Freud, al considerar que ciertas escuelas psicoanalíticas posteriores (como la inglesa de Melanie Klein o la psicología del yo de Anna Freud) habían desviado el sentido de la obra freudiana, enfocándose en el fortalecimiento del yo en lugar de en la exploración del inconsciente, que es el verdadero objeto del psicoanálisis.

El inicio formal de su enseñanza puede situarse en 1953, en Roma, cuando pronuncia su Discurso de Roma, considerado el punto de partida de su enseñanza estructuralista. En sus primeros seminarios, especialmente los Seminarios 1 y 2, Lacan profundiza en el registro simbólico, introduciendo los conceptos de palabra, lenguaje e intersubjetividad, mientras que en el Seminario 3 aborda el tema del lenguaje y la psicosis, consolidando así la dimensión simbólica del inconsciente. Su objetivo principal se centraba en la formación de los analistas y en la advertencia frente a los posibles desvíos teóricos y técnicos en la práctica analítica.

Para formalizar su teoría, Lacan recurre a esquemas y posteriormente a la topología matemática. Uno de sus modelos más representativos es el nudo borromeo, donde tres anillos (lo simbólico, lo imaginario y lo real) permanecen enlazados de manera tal que si uno se suelta, los otros dos también se separan. Este esquema muestra la interdependencia estructural entre los tres registros que, según Lacan (1972), componen la realidad psíquica del sujeto.

En cuanto al registro simbólico, el mismo corresponde al lenguaje, al cual Lacan le otorga un lugar central al considerar que el ser humano es un producto del mismo. En este punto, retoma a Freud, a quien describe como un lingüista “avant la lettre”, dado que en obras como *La interpretación de los sueños* (1900) o *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901) ya trabajaba con el valor de la palabra y los procesos significantes. Sin embargo, Lacan incorpora también las ideas del lingüista Ferdinand de Saussure (1916/1945), quien definió el signo como la articulación entre significante (imagen acústica) y significado (concepto). A partir de esta noción, Lacan (1957) realiza una inversión teórica fundamental, ya que desplaza el énfasis del significado hacia el significante, entendido como la materialidad del lenguaje (el sonido, la palabra, el trazo). Desde esta perspectiva, el sentido no se encuentra dado de forma fija, sino que se construye retroactivamente en la cadena significante, donde un significante se enlaza con otro y el sentido surge del punto de corte dentro de esa secuencia. Esta concepción se expresa en su esquema del gráfico de la puntada, que ilustra cómo el discurso inconsciente se teje mediante deslizamientos y condensaciones del significante. En la práctica clínica, esto se traduce en la atención a los lapsus, actos fallidos y

equívocos del discurso, que revelan el funcionamiento del inconsciente. Así, mientras Freud localizaba el acceso al inconsciente en la singularidad del sujeto, Lacan retoma y reformula esa idea, sosteniendo que se accede a él a través de los tropiezos del lenguaje (Lacan, 1964).

En línea con lo desarrollado anteriormente, Lacan (1964) establece que el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Es decir: entre el sujeto y su constitución como tal hay una relación previa con el significante. El significante habita al sujeto antes de que este pueda realizar cualquier actividad consciente en el marco de la vida social. El significante, al tocar al sujeto, crea en él el campo, lo inconsciente. La incidencia del significante es anterior a la inscripción del sujeto en el orden simbólico, el entorno cultural en el que le tocó vivir, e inscribe en él lo que Lacan (1964) denomina líneas de fuerzas iniciales.

Los significantes, por tanto, marcan la identidad del sujeto y constituyen su relato de sí, un relato siempre dado por el Otro, ya que el sujeto nace en el lenguaje y recibe de ese Otro los significantes que lo nombran y lo representan. Así, el inconsciente tal como se desarrolló anteriormente, no se limita a un depósito de contenidos reprimidos, sino que se configura como el lugar desde donde el sujeto es hablado por el Otro, mostrando cómo la palabra y el deseo emergen de la red simbólica que lo precede.

En el seminario 11 el psiquiatra francés dirá al respecto que los significantes están en la naturaleza de la persona. Esperan al sujeto y antes de que pueda establecer lazo social primero inscriben en él ciertas relaciones, “que organizan de manera inaugural las relaciones humanas, dan las estructuras de estas relaciones y las moldean” (Lacan, 1964, p. 28). Esto quiere decir que desde el comienzo el sujeto cuenta con una marca, una singularidad que lo

acompaña a todas partes. El significante está antes del sujeto, está en su cuerpo, antes incluso de que este cobre forma de sujeto. En este sentido, el ser hablante se constituye dentro de un campo simbólico previo que lo determina y que, al mismo tiempo, posibilita su emergencia.

En palabras de Lacan:

...el sujeto determinado por el lenguaje y la palabra, esto quiere decir que el sujeto, in initio, empieza en el lugar del Otro, en tanto es el lugar donde surge el primer significante (1964, p. 206).

El registro imaginario, por su parte, se articula con el simbólico, pues es el lenguaje el que organiza las imágenes. Este registro se vincula al campo óptico y de las identificaciones, y Lacan lo desarrolla a partir del concepto de estadio del espejo, retomando los aportes de Freud en *Introducción al narcisismo* (1914). Este fue uno de los grandes aportes teóricos de Jacques Lacan, su teoría del estadio del espejo, presentada por primera vez en 1936 y desarrollada en su texto *El estadio del espejo como formador de la función del yo* (1949). En esta formulación, Lacan describe cómo el niño, entre los seis y dieciocho meses de edad, se reconoce por primera vez en su reflejo. En ese momento percibe una imagen unificada de sí mismo, armónica y completa. Sin embargo, dicha imagen no coincide con su vivencia interna, ya que su cuerpo se le presenta como fragmentado, torpe y pulsional. La experiencia del espejo introduce, por tanto, una escisión radical entre el yo que se ve y el yo que se es. En palabras del autor:

...el estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que para el sujeto, presa de la ilusión de la identificación

espacial, maquina las fantasías que se suceden desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad. (Lacan 1949, p. 90)

La imagen especular constituye una ficción imaginaria, una totalidad ilusoria que da origen al yo, pero que al mismo tiempo marca su destino de división y alienación. El gesto de identificarse con esa imagen, ya sea la del espejo, la del otro o la del lenguaje, constituye el acto fundacional del yo, pero también su condena, dado que desde ese momento el sujeto queda escindido entre su ser y su parecer, entre su cuerpo y su imagen, entre su deseo y el deseo del otro (Lacan, 1949).

Lacan sostiene que el yo no es el sujeto, sino una construcción imaginaria nacida de identificaciones alienantes. En cambio, el sujeto del inconsciente no coincide con ese yo, sino que se manifiesta en los lapsus, sueños, actos fallidos y síntomas, como efecto del lenguaje y de la falta estructural. Así, el sujeto aparece allí donde el discurso tropieza, donde algo de lo reprimido retorna bajo forma de significante (Lacan, 1964). Desde esta perspectiva, el deseo tampoco es natural ni biológico, sino un efecto del lenguaje. El sujeto no desea objetos, sino significantes, y no desea lo que necesita, sino lo que el Otro desea. En palabras de Lacan (1958), el deseo es el deseo del Otro, donde el Otro, con mayúscula, no es una persona concreta, sino el lugar simbólico desde el cual al sujeto se le habla, nombra y espera, el lenguaje, la ley, la cultura, la madre, el padre o incluso el analista. Estar en el lenguaje implica, por tanto, estar en deuda con ese Otro, del cual provienen los significantes que nos constituyen.

Por último, el registro de lo real remite a aquello que no puede ser simbolizado, es decir, lo imposible de inscribir en el lenguaje. Lo real se sitúa fuera del sentido, en el límite de lo que puede ser dicho, y se relaciona con lo que retorna una y otra vez sin poder representarse. Ejemplos de lo real son la muerte o el vacío del objeto perdido, sobre ellos puede hablarse, pero el lenguaje no los alcanza ni los transforma. Lo real, a diferencia de lo simbólico y lo imaginario, no es susceptible de representación, sino que persiste como lo inasimilable, lo que siempre retorna al mismo lugar (Lacan, 1972).

Cuando aborda el complejo de Edipo, Lacan (1964) lo concibe como una estructura y no como una etapa cronológica, diferenciándose así de Freud. Propone tres grandes estructuras subjetivas posibles tales como la neurosis, la psicosis y la perversión. Para explicarlas, introduce el concepto del significante Nombre-del-Padre (NP); un significante fundamental cuya inscripción o forclusión determina el desarrollo de una u otra estructura. En las neurosis y las perversiones puede decirse que ha habido una inscripción del Nombre-del-Padre en el registro simbólico, mientras que en la psicosis el NP ha quedado forcluido, lo cual obstaculiza los procesos de internalización de la ley y el atravesamiento y sepultamiento del Complejo de Edipo.

Lacan describe al Complejo de Edipo como una estructura que articula cuatro lugares interrelacionados, que son el Otro materno (que puede o no coincidir con uno de los padres, pero que ocupa su lugar simbólico como fuente del deseo), el Nombre-del-Padre (que introduce la ley y la prohibición del incesto), el falo (entendido no como órgano, sino como el significante de la falta y de aquello que causa el deseo) y finalmente el niño o “infans”, quien

ocupa el lugar del falo en la escena edípica, en tanto objeto del deseo materno (1958). En el primer tiempo aparece la relación imaginaria del infante con el Otro materno, de quien depende para sobrevivir. El niño ocupa el lugar de falo, como causa de deseo de la madre, siempre que esta reconozca su propia falta. En el segundo tiempo se produce la separación a partir de la función paterna, el Otro materno muestra que desea algo más allá del hijo como pueden ser el trabajo, una pareja o llevar adelante sus estudios. Esto introduce un límite y abre la posibilidad de que el niño se diferencie. Si esta función no se da, el niño queda fagocitado por el deseo materno, lo que puede derivar en la estructuración de una psicosis. En el tercer tiempo, el sujeto se reconoce castrado, limitado, y comienza la búsqueda de su propio deseo. Para Lacan, estos tiempos son lógicos y no cronológicos, lo que significa que pueden ocurrir o no, y no necesariamente se sitúan en la infancia. De su resolución dependerá que el sujeto se estructure en la neurosis, la psicosis o la perversión (Lacan, 1964).

Según Jacques Lacan, el sujeto del inconsciente se constituye por y en el lenguaje, como se mencionó anteriormente, donde el sujeto es una entrada al significante, es decir una entrada al orden simbólico. Cuando el niño accede al lenguaje deja de ser un ser puramente orgánico, para pasar en cambio a convertirse en un sujeto. Pero este acceso implica una pérdida, y la misma tiene que ver con el proceso mediante el cual el sujeto se separa de su vivencia de satisfacción y su deseo queda estructurado por el deseo del Otro, que puede ser la madre, el padre u otras personas que rodeen al sujeto (Lacan, 1964). La castración simbólica constituye un momento estructurante. No implica una pérdida real, sino el reconocimiento de que el deseo nunca alcanza satisfacción plena, ya que siempre es deseo del Otro (Lacan

1958). El niño reconoce que no puede ser objeto de deseo total de la madre y ese límite es impuesto por lo que Lacan llamo el NP, que es un significante que introduce la ley y la prohibición del incesto, separando al niño de la madre e introduciendo al niño en el mundo del lenguaje, la cultura y las normativas morales (Lacan, 1958). De esta manera, el infans adviene como sujeto de deseo.

Por lo tanto, convertirse en sujeto desde la perspectiva del psicoanálisis lacaniano involucra cuatro importantes factores: el primero es entrar al mundo del lenguaje, lo cual conlleva aceptar e interiorizar leyes, deseo y la castración simbólica. El segundo es asumir la falta que siempre lo va a constituir como sujeto, es decir que no hay sujeto sin pérdida. El tercero es reconocer que el deseo está mediado por el deseo del otro. Por último, la tesis de que vivir es vivir barrado y atravesado por un inconsciente.

Llegando al final del recorrido realizado en este marco teórico, es factible concebir a la vejez como una etapa vital compleja, atravesada por factores biológicos, sociales, culturales y subjetivos. En ese sentido, es importante tener en cuenta los aportes de la gerontología y de la Organización Mundial de la Salud, donde se reconoció que el envejecimiento no debe ser reducido a una visión deficitaria, sino comprendido en términos de potencialidades, participación y calidad de vida, destacando el papel de los estilos de vida saludables en el sostenimiento del bienestar. Al mismo tiempo, se destacó que estas prácticas no pueden entenderse únicamente desde un enfoque biomédico, sino que se encuentran profundamente ligadas a los modos de subjetivación, a las representaciones sociales y a los vínculos interpersonales. En línea con esto, el psicoanálisis ofrece herramientas conceptuales

fundamentales, ya que los procesos de identificación temprana y las estructuraciones subjetivas establecidas en la infancia marcan huellas que influyen en la manera en que cada persona afronta el paso del tiempo, las crisis vitales y el cuidado de sí misma.

De esta manera, la articulación entre las perspectivas de salud pública y las teorías psicoanalíticas habilita una comprensión más amplia y profunda de la problemática investigada. Este andamiaje teórico permite sostener que los estilos de vida saludables en mujeres adultas mayores no pueden ser pensados sin considerar la historia de sus identificaciones, los contextos en los que estas se configuraron y la capacidad de resignificarse a lo largo de la vida, especialmente en la etapa de la vejez.

Para concluir, es posible afirmar que las experiencias tempranas con figuras parentales y los modelos transmitidos en la infancia (primeros vínculos e imágenes internalizadas de cuidado, norma y deseo) dejan huellas en la subjetividad, tal como desarrollan Sigmund Freud y Jacques Lacan. A su vez, estas huellas pueden manifestarse en la adultez mayor en forma de hábitos, actitudes hacia el cuidado y recursos de afrontamiento, influyendo en la salud. Entender estas manifestaciones requiere un abordaje que considere tanto las prácticas objetivas como son la actividad física, alimentación y las relaciones sociales, como el significado subjetivo que tienen para esas mujeres, algo que justifica la elección de un método narrativo-biográfico. En base a ello, se procede a describir el método de investigación utilizado en el presente Trabajo Final Integrador.

## Método

### Diseño

Este estudio empírico se llevó a cabo con un enfoque cualitativo de diseño narrativo-biográfico, ya que buscó comprender los significados que las mujeres adultas mayores relacionan a sus experiencias de vida y cómo estas influyen en el mantenimiento de estilos de vida saludables. En palabras de Sampieri: “los diseños narrativos pretenden entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes las experimentaron” (Hernández-Sampieri, 2014 p. 487). Este diseño, además, corresponde al tipo no experimental que, de acuerdo con lo señalado por Hernández-Sampieri et al. (2014), se observan los fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural, sin manipulación de variables, con el propósito de analizarlos e interpretarlos según los objetivos ya planteados en este trabajo. En el mismo, se procedió a la recolección y análisis de los datos, intentando describir las experiencias tal como las cuentan las participantes para, luego, en la etapa de discusión, interpretar estos hallazgos a la luz del marco teórico.

El objetivo estuvo puesto en comprender cómo las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas han influenciado en la construcción y sostenimiento de estilos de vida saludables en estas mujeres adultas mayores en esta etapa de la vida. En este sentido, al hablar de estilos de vida saludables, la referencia está y estuvo puesta en prácticas y significaciones que estas mujeres reconocen en sus relatos, y que a su vez están articulados con los recuerdos de su infancia, las relaciones con las figuras parentales y los modelos de

identificación que han marcado su subjetividad. Entendiendo a esta última como el resultado de un proceso histórico-subjetivo que vincula las experiencias tempranas con la vida presente. En relación a esto, la elección del enfoque cualitativo para este trabajo se fundamenta en lo señalado por Hernández-Sampieri (2018), ya que este enfoque busca comprender los fenómenos a partir de la mirada de quienes los viven. Su objetivo es reconocer semejanzas y diferencias en estas experiencias y en el sentido que las personas les dan. Dentro de este marco, las biografías o historias de vida se entienden como relatos sobre la trayectoria de una persona en distintos momentos de su vida, pudiendo elaborarse de manera individual o grupal. En sintonía con esta lógica, el autor sostiene que “La investigación cualitativa se caracteriza por ser flexible, holística y rica en interpretación” (Hernandez-Sampieri, 2018, p.33), lo cual se ajusta a los objetivos del presente estudio.

### **Participantes**

La investigación contó con una muestra intencional de 12 mujeres adultas mayores de 60 años o más, que viven en la ciudad de Cipolletti, provincia de Río Negro, Argentina. Todas ellas, al momento de la recolección de datos, debían mantener un estilo de vida saludable, entendiendo esto como la práctica habitual de conductas de autocuidado (como lo pueden ser la actividad física regular, alimentación equilibrada, participación social y otras prácticas de cuidado personal) sumado a una percepción positiva de su propio bienestar. Antes de iniciar la entrevista, todas las participantes entregaron firmado el consentimiento informado por escrito, de acuerdo con las prácticas éticas establecidas.

Se utilizó un muestreo por criterios para la selección de las participantes. Los criterios de inclusión tuvieron en cuenta que sean mujeres mayores de 60 años, que tengan autonomía funcional y cognitiva, puedan definirse como personas que sostengan prácticas saludables y aceptar participar voluntariamente del estudio. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron la presencia de deterioro cognitivo diagnosticado, dependencia para actividades básicas de la vida diaria y ausencia del consentimiento informado. Además, a las participantes se les solicitó datos sociodemográficos básicos como edad, estado civil, nivel educativo, ocupación previa y situación familiar actual, con el objetivo de contextualizar cada relato.

### **Instrumentos**

Como instrumento para la recolección de datos se utilizaron las entrevistas en profundidad semi estructuradas de carácter biográfico-narrativo individuales, las cuales fueron llevadas a cabo de manera presencial. Cada entrevista siguió una guía temática organizada en cinco ejes principales: las infancias y primeras experiencias significativas, modelos de referencia e identificación, relación con el cuerpo y la salud, experiencias emocionales y afrontamiento de dificultades y elecciones de vida y autopercepción actual. Esta técnica, a los fines de la realización de este trabajo, resulta especialmente adecuada dado que permite acceder a la riqueza subjetiva de las narrativas, facilitando la reconstrucción de trayectorias de vida y la identificación de las estructuraciones subjetivas que influyen en la actualidad. En este sentido, las historias de vida se construyen cuando

El entrevistador solicita al participante una reflexión retrospectiva sobre sus experiencias en torno a un tema o aspectos (o varios). Durante la narración se le pide que se

explaye sobre los significados, las vivencias, los sentimientos y las emociones que percibió y vivió en cada experiencia; así mismo, se le requiere que realice un análisis personal de las consecuencias, las secuelas, los efectos o las situaciones que siguieron a dichas experiencias. (Hernández-Sampieri, 2018, p. 9)

Siguiendo esta premisa, en las entrevistas de este trabajo se alentó a las participantes a recordar situaciones y eventos de sus historias vitales, expresando sus valoraciones y emociones, para luego analizar cómo aquellas vivencias pasadas podrían estar vinculadas con sus hábitos y actitudes actuales. En este sentido, la entrevista semiestructurada se constituyó como el recurso metodológico más pertinente, ya que, como explica Bleger

...es una técnica que combina la flexibilidad de la entrevista no estructurada con la sistemática de la entrevista estructurada. Se caracteriza por tener un guión o una lista de preguntas previamente establecidas, pero también permite la flexibilidad para explorar temas y preguntas adicionales que surjan durante la conversación. (Bleger, 2001, p. 123)

De este modo, la investigación logró mantener un equilibrio entre la dirección temática y la apertura a la singularidad de los relatos, generando condiciones para un abordaje profundo y contextualizado de las experiencias de las participantes.

## **Procedimiento**

Las participantes fueron seleccionadas y contactadas de uno de los gimnasios de la localidad de Cipolletti, buscando intencionalmente mujeres adultas mayores que estén, al menos, próximas a cumplir con los criterios antes establecidos. Se las invitó a formar parte de

este trabajo, previa comunicación y posterior entrega, lectura y firma del consentimiento informado, a 12 mujeres de 60 años o más, que viven en Cipolletti (Rio Negro) y que llevan un estilo de vida saludable, ya que realizan con regularidad actividad física adecuada a su edad y mantienen una alimentación equilibrada según lo que ellas mismas han manifestado. Sumado a que son personas que participan socialmente de forma activa y se perciben con un estado de salud positivo.

Antes de iniciar cada entrevista, se procedió a explicar el contenido del consentimiento informado, donde quedó de manifiesto la voluntad de la participante en el trabajo, además del respeto por la confidencialidad de datos y el derecho a retirarse en cualquier momento si así lo desearan. Luego, se les solicitó la firma del mismo. Con permiso de las participantes, las entrevistas fueron grabadas, para facilitar su posterior transcripción y análisis. Los encuentros tuvieron una duración aproximada de entre 30 y 50 minutos, y fueron llevados a cabo en un clima de empatía y respeto, siguiendo la guía de entrevista semiestructurada mencionada, pero permitiendo la libre narración de la historia de vida. Al finalizar, se agradeció a las participantes por su tiempo.

Finalizada la recolección, se procedió a la transcripción al pie de la letra de cada entrevista, asignando un número a cada una sin mencionar los nombres de las participantes para garantizar el anonimato. Luego, se llevó a cabo el análisis de datos, donde se leyeron las transcripciones repetidas veces para familiarizarse con el contenido, se identificaron unidades de significados destacados y se decodificaron partes textuales vinculados a las categorías de interés como son, por ejemplo, recuerdos de infancia, actitudes hacia el autocuidado, entre

otras. Estas codificaciones se agruparon en temas o categorías sobresalientes más amplias, buscando patrones comunes entre las historias de las distintas participantes, así como particularidades singulares. Durante el proceso, se utilizó la estrategia de comparación constante para refinar las categorías y por último, los hallazgos cualitativos fueron organizados y presentados de acuerdo con los objetivos del estudio, y se interpretaron a la luz del marco teórico psicoanalítico previamente desarrollado.

## Resultado

En función de las entrevistas realizadas, se procede a la exposición de los resultados. Los mismos, entonces fueron obtenidos a partir de las respuestas dadas por las participantes, las cuales surgieron de un conjunto de preguntas organizadas en 5 ejes principales que abarcan distintas categorías que se mencionan a continuación:

**Tabla 1**

### *Datos Sociodemográficos*

<b>Entrevistas</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Hijos</b>	<b>Residencia</b>	<b>Profesión</b>
n°1	70 años	Casada	7	Cipolletti/ nacida en Mendoza	Ama de casa
n°2	75 años	Viuda	1	Cipolletti	Docente
n°3	73 años	Viuda	2	Cipolletti	Docente
n°4	62 años	Casada	2	Cipolletti/ nacida en Córdoba	Contadora
n°5	64 años	Divorciada	1	Cipolletti/ nacida en Bs As	Profesora universitaria
n°6	66 años	Divorciada	2	Cipolletti/ nacida en San Juan	Profesora de matemática

n°7	81 años	Divorciada	6	Cipolletti/ nacida en La Pampa	Radio operadora policial
n°8	77 años	Viuda	4	Cipolletti/ nacida en Bs As	Docente
n°9	77 años	Viuda	3	Cipolletti	Maestra jardinera
n°10	63 años	Viuda	4	Cipolletti/ nacida en Mendoza	Ama de casa
n°11	72 años	Viuda	2	Cipolletti/ nacida en capital federal	Psicóloga social
n°12	61 años	Divorciada	3	Cipolletti/ nacida en Bs As	Abogada

### **Infancias y Primeras Experiencias Significativas**

Este primer eje indaga en el contexto de la niñez de las entrevistadas, sus cuidados primarios y las primeras marcas simbólicas asociadas a sus figuras parentales. Desde una perspectiva psicoanalítica, se exploran los vínculos tempranos y los recuerdos de protección o carencias que pudieron influir en la estructuración subjetiva.

Las participantes señalan familias numerosas en el entorno rural o urbano y destacan el papel de abuelos y hermanos en su cuidado. Por ejemplo, la entrevistada n° 2 recuerda:

*“Éramos seis hermanas. Yo la más chica. La mayor era 20 años más grande que yo. Después la otra era 19. 18 y 17 años más grande. Después ya la otra me llevaba un poco menos. Y la más chiquita era yo. Yo me crié así con cuatro mamás. Cinco mamás porque las cuatro hermanas grandes eran mamás. Y también cuatro papás. Cinco papás porque mi papá y los novios de mis hermanas, que todos eran como que fueron mi papá. Me consentían, me llevaban donde yo quería. Así me crié yo”.*

Respecto a la forma de alimentación dentro de su familia, comenta acerca de la elaboración natural y el afecto sostenido que en ella se evidenciaba:

*“...la alimentación en esas épocas uno tenía que comer de todo. Mucha verdura, huevo, embutidos porque se carneaba en la chacra. Muy pocos procesados. Todo casero. Se hacía toda la comida casera, los tallarines, las tortas, los bizcochuelos. Todo se hacía en casa”.*

Otra entrevistada, la n° 3, relata:

*“...nosotros vivíamos en un ranchito, digamos, entre comillas, donde no sobró nada, pero sí había amor y cariño y todo eso que lo mamo hasta ahora y bueno, mis padres me dieron todo, todo el afecto, todo el amor”.*

Un caso diferente fue el de la entrevistada n° 11, quien recuerda:

*“Mi infancia fue bastante sui generis, lamentablemente, porque somos tres hermanos, pero mi mamá murió cuando tenía cuatro años y mi papá murió cuando tenía once. Así que parte de mi infancia la pasé con mis abuelos y mi tía, mis hermanos son más grandes y no teníamos... Como yo vivía con mis abuelos y mi tía, mi hermana me llevó diez años, mi hermana me llevó siete, es como que tampoco tuve mucho contacto con mi hermano, si mucho contacto con mis primos, que vivían en la misma ciudad donde yo estaba”.*

Y también comenta:

*“La alimentación, bien, era mi abuela, una italiana que hacía puchero todos los días, la sopa, bueno, todos muy estructurados y muy buena alimentación. Afecto no demasiado, porque mi abuela era bastante dura y mi tía también, del lado de mi abuelo recibía mucho afecto y del lado de mi papá hasta que él falleció, que lo veía a los fines de semana”.*

Evidenciando un cuidado afectivo significativo a cargo de la familia extendida. Por otra parte, la entrevistada n° 12 destaca el afecto especial por ser la hermana menor y el cariño cotidiano de su familia:

*“Yo siempre digo que tuve una infancia re linda, o sea, cuando uno intenta hacer alguna terapia siempre es como que te llevan a los recuerdos de los cinco años o como que arranques desde ahí. Y la verdad es que tengo todos buenos recuerdos porque era mi infancia en Adrogé, era de jugar en la calle, de estar con mis primos que vivían enfrente, de ir al colegio, de los amigos del colegio. Bueno, por ser la menor también ser más consentida porque tengo diferencia de edad con mis hermanos. Como también era la menor, era más*

*caprichosa, más mañosa para comer, entonces siempre me cuidaba. Era muy flaquita, entonces siempre era que tomara la leche, que me dieran vitaminas, que estuvieran dándome los mimos para hacerme las comidas que a mí me gustaban dentro de mi menú muy selectivo de cosas que aceptaba. Y después del cariño de esperar los fines de semana, los sábados generalmente salía con mi papá, salíamos a pasear por el centro o cuando él me llevaba a su lugar de trabajo también me llevaba, o con mi mamá también la salida. Todos recuerdos lindos tengo”.*

Por otra parte, la entrevistada n° 1 relata que:

*“Vengo de una familia muy chiquita. Tengo un hermano, dos años menor que yo. Crecimos hasta los 5 años viviendo, yo por lo menos, que recuerde. 5, 6 años por hoy, 6, 7 años, con mis abuelitos, los papás de mi papá. Mientras mi papá hacía el edificio donde vivimos, los departamentos. Entonces mis abuelos estaban abajo porque era un terreno que era como heredado o comprado a mis papás. Y así que yo me crié con mis abuelos, que fue realmente muy lindo, que me enseñó a leer y a escribir. Mi abuelito, españoles ambos, mi mamá también es española. Así que era mucha fiesta siempre, muy alegría, mucho canto”.*

En su mayoría, las entrevistadas describen infancias marcadas por fuertes lazos afectivos, cuidado familiar intensivo y experiencias placenteras de juego y alimentación casera. Estos testimonios sugieren ambientes infantiles cálidos y protectores, con figuras parentales y extendidas que transmitieron rutinas de cuidado físico y emocional.

## Modelos de Referencia e Identificación

En este eje se indaga quiénes fueron las figuras significativas de la infancia como padres, abuelos, otros familiares y cómo se identificaron con ellas. Desde el psicoanálisis, interesa particularmente la transmisión de valores y mandatos familiares a través de la identificación temprana. Las entrevistadas nombran diversas figuras de referencia.

En el caso de la entrevistada n° 4, ella señala como las más importantes a su padre, madre y hermanas:

*“...mi papá, porque él siempre, creo que me representó bastante en él, en el esfuerzo, lo que ha ido logrando con lo poco que él tenía en amistad, en parte social, en la parte económica. Me identifico bastante con él y aparte me apoyaba muchísimo en todo lo que yo quisiera hacer. No así mi mamá, era más estricta mi mamá. Y después, bueno, mis hermanas, porque como eran mayores, creo que cumplieron por ahí más el rol de mamás”.*

En el caso de la entrevistada n° 6, cuenta:

*“Las personas importantes y mi mamá y mi papá fueron muy importantes, sí, sí, los dos, los dos, los dos me marcaron, sí ellos. Después mi familia, yo soy sanjuanina, nací en San Juan, después estaban mis abuelos, mis tíos, pero siempre fue una familia reducida, era que tenía cinco tíos, veinte mil sobrinos, no, no, primas mejor dicho, era reducida la familia, yo creo que mis padres fueron los más, los que me marcaron más, digamos”.*

Y cuando se le consulta sobre en qué aspectos se reconoce similar a sus padres, ella responde:

*“Bueno, yo creo que entre mis dos padres, yo soy más parecida a mi papá, por ahí mi papá era más positivo, más onda de ‘bueno, vamos para adelante, vamos de vuelta’. Mi mamá siempre extrañó toda su familia en Italia, de hecho nos volvimos a Italia con la idea de que mi papá vendiera todo y se regresara a Italia, cosa que no ocurrió, entonces tuvimos que volver. Entonces mi mamá este como que vivió, fue todo muy difícil, sí para ambos, pero creo que sobre todo para mi mamá”*

En el caso de la participante n° 10 también menciona a su padre como figura importante:

*“Importante, bueno, mi papá, siempre, porque era como más cariñoso, más cercano, mis hermanas y una tía, una hermana de mi papá”*

Explicando además sus aprendizajes prácticos contaba:

*“Por ejemplo, yo aprendí a tejer cuando era muy chiquita, y bueno, a cocinar seguro, a hacer pan, y un montón de cosas más, viste. Por ejemplo, mi papá me enseñó a manejar un tractor a los 14 años para llevar la cosecha de la chacra, que la teníamos que pasear de un lugar a otro, llevarla o entregarla en la fábrica”.*

La participante n° 7 refiere como modelos a sus tías además de a su padre:

*“Y mi papá. Mi papá, yo lo admiré muchísimo y siempre pienso que fue el hombre más inteligente y más bueno que conocí. Mi papá siempre lo tuve de referencia. También tengo tías que las he querido, que me han enseñado muchas cosas”.*

En esta ocasión, la entrevistada se mostró conmovida. Otra de las entrevistadas valoró a su abuela y tía como es el caso de la n° 5, quien recuerda con cariño a una tía que la cuidaba:

*“Mi tía, la hermana de mi papá, porque me sacaba a pasear con el novio, se lleva muchos años con mi papá y me llevaba a pasear en el reno cuatro, y mi abuela materna”.*

En general, las participantes identifican en sus referentes familiares actitudes de esfuerzo, trabajo y afecto. Algunas pudieron citar refranes y consejos de sus padres que aún siguen recordando en la adultez, como la entrevistada n° 7:

*“Sí, tengo dos o tres frases. “La soberbia es hija de la ignorancia”. Y “somos todos iguales”. Todos nacemos de la misma forma y morimos de la misma forma. No nos llevamos nada. No se olviden nunca de eso, nos decía mi papá. Esas dos frases las tengo. Son ley y motivo de la vida. Y si hablo de mi papá me emociona. A pesar de que hace 35 años que falleció”.*

Estos testimonios muestran figuras identificadoras que marcaron valores y expectativas en la infancia de estas mujeres.

### **Relación con el Cuerpo y la Salud**

Este eje vincula la dimensión imaginaria del cuerpo como imago corporal, con las prácticas de cuidado y hábitos saludables heredados. Se exploran las actitudes hacia el cuerpo en la adolescencia y la internalización de normas de salud.

Muchas entrevistadas desarrollan relaciones con algunas capas de complejidades respecto a su propio cuerpo, como la entrevistada n° 2 quien cuenta que de joven:

*“Yo siempre era gordita, así que por lo tanto siempre tuve el complejo de la gordura. Así que hacía dieta, me cuidaba en la comida. En esa época no había gimnasio, era andar en bicicleta en la chacra. Pero siempre me gustó cuidarme en la comida y siempre quería adelgazar”.*

Revelando cierta conciencia temprana del cuerpo. Además, se pudo observar lo traumático que puede ser el paso por la adolescencia respecto a los cambios en el cuerpo, por ejemplo la entrevistada n° 5 dice:

*“...nunca fui gordita, pero siempre tenía una cuestión con la panza, aunque después me han dicho, vos nunca tuviste panza, no sé, es la visión de uno, ¿no? Sí recuerdo que desarrollé a los 10 años, muy chiquita, y ya a mi busto a los 12 años era 100, como es ahora, lo que fue medio traumático para mí, en todo momento quería hacerme la cirugía para sacarme el pecho y ahora se usa tanto que digo, mira que chiquita lo tengo. Pero bueno, uno se va amigando con el cuerpo a partir de que pasan los años, ¿no? No, nunca tuve problemas con el cuerpo”.*

Y, en relación a llevar un estilo de vida saludable, afirma lo siguiente:

*“No me planteo llevar, la llevo porque me parece que es la forma de vivir, y no porque dije hoy voy a comer saludable o hoy voy... Tampoco. Mi vinito, mi cervecita la tomo, pero la cuestión de ejercicios la tengo como incorporada a mi ser, ya te digo, hice todos los*

*deportes que se te pueda ocurrir, competí en muchos de ellos, y es como que después cuando dejo de ir al gimnasio me siento mal, me empiezan a doler el cuerpo, la cabeza me da vuelta, no, está incorporada a esa cuestión saludable”.*

En el caso de la entrevistada n° 1, cuando se le consulta sobre porque eligió llevar un estilo de vida saludable, manifiesta:

*“Ay, no sé, yo creo que ya de chiquita no me vengo así. No, no he elegido, no soy ni vegetariana, ni vegana, ni la dieta keto, ni nada, o sea, yo como. Como de todo, porque me parece que los extremos son malos. Yo creo que nuestro cuerpo está hecho y pensado para digerir todo lo que hay sin excesos. Sin exceso”.*

Y cuando se le consulta por el paso del tiempo, con mucha emoción dice:

*“Alegría. Alegría de haber tenido el privilegio de vivir. Sí, es así. Sí, yo te digo que porque no es una decisión querer vivir, es un regalo poder vivir. Entonces, no sé, yo me emociono pero de alegría”.*

### **Experiencias Emocionales y Afrontamiento de Dificultades**

Aquí se examina el clima emocional de la infancia y las formas familiares de manejar conflictos. Desde el psicoanálisis interesa cómo las familias establecieron límites, comunicaron afectos y resolvieron tensiones, y cómo ello se refleja en la moderación de la entrevistada. En general, las entrevistadas describen hogares de tono afectivo más bien cálido.

En el caso de la entrevistada n° 1, ella cuenta en relación al clima que se vivía en su hogar diciendo:

*“Depende de cómo estaba mi papá. Claro, depende de... Pues que si mi papá no estaba, mi mamá hacía, bailaba, cantaba, nos hacía caminar, a mí me hacía caminar con un equilibrio en la cabeza, porque era la época de derecha. Y llegaba mi papá y es como que... Tensionado. Tensionado. Porque anda a saber si le viene bien, si no”.*

Pero menciona, al respecto de su papá, que también con él se vivían momentos agradables:

*“Sí. Sí, cuando estaba así... De buenas. De buenas, que ibas al camping y hacíamos todo. Sí, sí. Pero siempre tenías que estar atenta a no meter la pata. Sí, más como tensión, digamos. O sea, no era muy distendido. Yo lo notaba”.*

Varios relatos coinciden en que no hubo violencia significativa. En momentos de problemas, las respuestas familiares tendieron a la comunicación y la resolución pragmática, en el caso de la entrevistada n° 12 comenta que:

*“Es como que ellos, yo no sé si porque yo era la más chica y no se me contaba todo, pero yo veía que mi papá y mi mamá hablaban mucho. Si bien mi mamá era mamá de casa, es como que ellos, mi papá trataba de buscar la vuelta porque si bien había perdido trabajo o habían perdido una casa también, es como que ellos siempre hablando, es como que le encontraban la salida y si había que ajustarse en algo se ajustaban, pero después siempre era seguir para adelante”.*

Y en cuanto al clima emocional:

*“era cariñoso. O sea, yo me sentía muy acompañada, si bien yo era bastante, o sea, me siento, a veces digo, pobre mi mamá porque era rebelde, que me iba, que me escapaba o que, no sé, volvía y me decía, te fuiste sin tomar la leche. Ellos, no recuerdo que me hayan ni tratado mal, no, era más el miedo o el respeto que uno tenía de, no sé, si algo me pasaba, que tampoco me pasaban, porque no es que yo me llevaba materias o que, por ejemplo, yo nunca me rateé en el secundario”.*

En el caso de la entrevista n° 6, sobre los modos de resolver dificultades en su familia comenta:

*“Y no, eran autoritarios, acá lo digo yo y punto, esto no se habla y esto es así. No, no, no era que como ahora, que vos, yo con mis hijos, bueno, no sé, puedo tener distintas opiniones, distintas miradas, pero bueno, un poco uno lo habla y da la opinión y después de última ellos con la edad que tienen deciden, incluso cuando eran más adolescentes también. Pero en mi época no, en mi época, sobre todo mi viejo era el que llevaba la batuta en ese aspecto, era muy autoritario”.*

Y en relación al clima emocional en su familia relata:

*“Y no, más o menos, no era tenso, era complicado porque a veces se creaban situaciones complejas que bueno, sobre todo, como buen tano eran bastantes gritones, entonces que gritaban, viste, qué sé yo”.*

Ninguna entrevistada reporta experiencias de agresividad física ni traumas infantiles referidos al medioambiente que las rodeaba, más bien recuerdan afecto presente aunque a veces con la rigidez propia de la generación que las precedió. El discurso de las entrevistadas refleja hogares donde imperó el afecto o, al menos, la contención y la comunicación abierta entre adultos. En muchos casos relatan cómo las familias hablaban de los problemas y salían adelante de manera colectiva.

### **Elecciones de Vida y Auto percepción Actual**

Este eje integra las trayectorias vitales de cada mujer y su autoimagen imperante, buscando entender cómo las entrevistadas interpretan su propia historia y los valores que rigen sus decisiones. Todas destacan actitudes de autonomía y proyecto personal.

En el caso de la entrevistada n° 9, al consultarle por cómo se maneja con sus deseos, dice:

*“...lo busco, lo hago”.*

Y, en relación a ella misma, se describe diciendo:

*“Crié a mis hijos con mucha ayuda de mi familia. Y soy eternamente agradecida. Y yo también después los crié cuando quedé viuda. Me tocaron ya adolescentes. Y fui bien firme con ellos”. Y que cuando se le consulta sobre si está conforme con quien ella es comenta “Sí, no me frustré en nada. A pesar de lo que viví. Porque tuve una vida y una infancia hermosa. Pero después que me casé, un hombre extraordinario, pero con un problema muy serio”.*

En el caso de la entrevistada n° 8, al preguntarle sobre cómo enfrenta las situaciones en su vida, afirma:

*“Lo que yo sé, que ahora, te digo, cuando me quedé sola, si bien mi marido era compañero, no era absorbente como... Tengo amigas que se han quedado olvidadas pero como el marido resolvía, mi marido no. O sea, compartíamos. Entonces yo no me sentí... Pude seguir mi vida porque yo sabía ir a un banco, yo sabía hacer un cheque, yo sabía pagar cuentas, yo sabía si tengo que ir a dejar el auto al taller, hablar con el mecánico, aunque no sé nada de automovilismo, de autos. En eso soy segura. Porque siempre fui así. Entonces, los momentos amargos, digamos, que podría haber estado ahora qué hago, nunca me... Nunca tuve esa palabra. ¿Y ahora qué voy a hacer?”.*

En relación a su familia, también dice:

*“...mis padres también. Tuvieron... Mis papás se metieron con un socio que los estafó y mi papá yo lo vi como tres años yendo todos los días al banco a cambiar cheques porque estaban, viste, había quedado una deuda tremenda de vender cosas. Pero bueno, lo enfrentó, viste. Lo enfrentó”.*

La entrevistada n° 11 comentó haber vivido una infancia con ciertas dificultades, ya que sus padres fallecieron cuando era una niña. Teniendo en cuenta esta información, ante la pregunta de si pudo hacer algo diferente en su vida adulta de la que le tocó de niña, relata:

*“Sí, todo el tiempo trato de ser diferente. Y hasta me equivoqué por tratar el tema de la familia. Porque como yo estuve carente de familia, entonces con mi primer marido, las*

*cosas, tuvimos cinco años que me dieron terriblemente mal. Y yo, bueno, la familia, la familia, la familia. Hay que mantenerla a toda costa y no la pasé bien. Hasta que, bueno, lo pude elaborar y me pude separar. Y después, bueno, con mi otro marido, que después de que yo estuve unos 22 años juntos, fue como muy reparador para todos. Para mis hijos, para mí, para él, fue muy hermoso”*

Manifiesta ser una mujer que va en busca de sus deseos, y ante la pregunta sobre qué le da sentido a su vida comenta:

*“Bueno, el sentido de mi vida es mi familia, mis hijos, mis nietos, mis amigos. A mis hijos les doy mucho. Mis amigos tienen un lugar muy preponderante. Mi trabajo de psicóloga social, tantos años. La montaña. La verdad es que estoy en un momento de disfrute, ¿viste? Que todo tiene que fluir y disfrutar lo más posible. Y estar con gente que me haga sentir bien, que yo quiero, que me quiera. Estoy en ese ánimo”.*

Luego respondió lo siguiente ante la consulta sobre cómo se describiría a ella misma:

*“Y yo como una resiliente, ¿no? Me defino como una resiliente, como... Creo que soy solidaria. A veces soy contradictoria. A veces soy insegura, a veces soy segura. Un poquito de todo. Sí, un poco de cada cosa”.*

Manifestando además ser quien quiere ser, al decir:

*“Vos sabes que sí, sí. Si me hubiese preguntado hace un montón de años atrás, no. Pero sí. Hoy sí. Sí, sí, pienso que está bien. Que todo lo que me pasó es un proceso, y uno tiene que tomarlo y seguir”.*

A lo que le sumo que no cambiaría nada en su vida:

*“No, la verdad que no cambiaría nada, porque es causa y efecto. Decir, bueno, no conocer al papá de mis hijos, pero no hubiesen estado mis hijos, ¿viste? Que fue lo más traumático que me pasó. Aparte de mi familia, cuando mi mamá se murió. Pero bueno, es contra fáctico, es una cosa que no sé. No, yo sé que no lo podría cambiar”.*

En cuanto a las narraciones expresada en función de cómo se definen a sí mismas, que tiene que ver con su autopercepción actual, la entrevistada n° 6 se describe como:

*“...una persona muy luchadora, muy trabajadora, muy empática, sensible, inteligente, porque si no hubiera sido por mi inteligencia yo no estaría donde estoy, que es que, o sea, digo inteligente, no digo que soy Einstein, pero medianamente, que me ayudó mucho mi carrera, mi formación, yo soy profesora de matemática, entonces quieras o no resolver situaciones problemáticas, que es lo que en sí mi actividad o mi profesión me lo dio, yo eso lo pude aplicar en otras situaciones, porque estaba completamente sola, sola, sola, sola, sin familia y todo, y bueno, tuve que resolver situaciones complejas, y bueno, mi formación me ayudó un montón”.*

La entrevistada n° 7 responde con mucha emoción a esta pregunta:

*“Como una persona que ha tratado de vivir sin lastimar y dando todo el cariño que he podido. Me he dedicado siempre me he dedicado a mis hijos, a mi trabajo, pero a la vez he sido muy colaboradora con distintas instituciones. Siempre trabajé en distintas instituciones”.*

Otra de las entrevistadas, la n° 3, comparte que es:

*“Una persona normal, voluntaria, responsable y solidaria con los demás. Siempre pienso y me pongo en el lugar de otros y trato de actuar en consecuencia, sin juzgar y sin... Hay personas con las que me llevo re bien, pero no comparto muchas cosas, pero bueno, las dejo y... y me siento querida por los demás también, o sea, no estoy haciendo las cosas tan mal, creo”.*

Y por último, aunque todos sean testimonios muy interesantes, la entrevistada n° 4 comparte al respecto que se considera:

*“Con mucha fuerza de voluntad, fundamentalmente. Creo que soy bastante fiel a mis amistades, valoro mucho a mi pareja, creo que muy protectora de la familia, y bueno, que siempre me gustó crecer en lo personal, en el estudio, en lo cultural, en las relaciones”.*

A lo largo del desarrollo de estas entrevistas se pueden apreciar experiencias y vínculos tempranos significativos, en especial de las figuras parentales. Como es en el caso de la entrevistada n° 3, que dice:

*“...mi mamá y mi papá lo eran todo. Mi mamá, bueno, yo me faltaba a mi mamá y yo creo que me moría. Mi papá también, pero o sea, tengo los mejores recuerdos de las navidades porque lo han hecho con tanto amor, con nada, pero con tanto amor todo que son esos recuerdos que no se pueden olvidar”.*

Incluso la entrevistada n° 5 remarca sobre su mamá algo muy significativo diciendo al respecto:

*“Como una mujer fuerte, fuerte de carácter, muy metida, pero bueno, sacó a tres chicos adelante, ya te digo, incentivándolos en el estudio, tal vez la recrimino, ella bailó en el Cervantes y se casó con mi papá y no bailó más, entonces la recriminó no haber hecho lo que ella quería, porque siempre estaba con que ella fue bailarina, ella fue bailarina, pero le quedó ahí, se ve. Y también fue maestra, en una época donde, bueno, eran los seis años del secundario y tampoco ejerció porque mi papá no quería, entonces eso tal vez la recriminó, y cosa que yo no hice, de entrada dije, bueno, yo estudio, yo ejerzo y yo tengo, por suerte, porque la vida después te lleva por lugares que, por suerte tuve una profesión, por suerte me arreglé sola, uno nunca sabe”.*

En cuanto a la relación que establecieron estas mujeres con sus deseos y proyectos personales, se puede observar a la entrevistada n° 6 manifestando lo siguiente en relación a aquellas cosas o experiencias que le dan satisfacción:

*“Y las busco, las busco, las busco, si yo no las busco nadie me las da, nadie me da nada”*

Otras entrevistadas también expresan cuestiones similares, como por ejemplo la entrevistada n° 9 que dice:

*“lo busco, lo hago”.*

O la n° 7, que expresa:

*“voy por ellos. Voy por ellos. Siempre y cuando no perjudique a nadie, voy por ellos”.*

En cuanto a las estrategias de afrontamiento y recursos subjetivos, la entrevistada n° 8 narra:

*“Yo me quedé viuda, perdí una nieta también. Y lo afronto... Nunca tuve depresión, por ejemplo, te digo. Tristeza sí, porque uno tiene tristeza por cosas que le pasan. Pero ni tampoco tomé las cosas tan a pecho, ¿viste? Como diciendo, nosotros tuvimos en nuestra época de casados con hijos épocas muy buenas económicamente y no tanto. Y yo en vez de ponerme triste, a llorar o a... Yo me busqué otro trabajo. ¿Me entendés? Y si tenía dos turros y todavía no alcanzaba, hacía otra cosa. O sea, no me apabulla el tema de salir, ¿viste? A buscarme el peso si es que lo necesito. No me da vergüenza. Siempre se me ocurre algo para hacer”.*

O el caso de la entrevistada n° 11, que manifiesta:

*“Por lo general, soy bastante relajada. Es como que paro, pienso y trato de resolver. Tengo gran poder de adaptación. Con el tipo de vida que llevé, me adapto bastante a las cosas. Y si tengo un conflicto, bueno, veo de cómo poder resolverlo”.*

En cuanto a las similitudes y diferencias entre las entrevistadas, cabe destacar que son todas historias muy diferentes, ya que han tenido, como bien reflejan los recortes extraídos de sus relatos, sucesos de vida atravesados por contextos y situaciones distintas unas de otras. Algunas de estas mujeres nacieron en entornos rurales, por ejemplo, mientras que otras en centros urbanos, e incluso en diferentes regiones del país como lo son Mendoza, Córdoba,

Buenos Aires, entre otras. Y, además, con diferentes situaciones en lo que respecta a la situación económica de cada familia.

Pero en relación a las similitudes (y en este sentido tiene gran influencia la época en la que estas mujeres nacieron) se ven en su mayoría familias muy patriarcales, con padres dominantes y madres abnegadas en sus matrimonios. Ejemplo de esto es la entrevistada n° 3, quien dice:

*“Mi papá trabajaba desde sol a sol, mi mamá en la casa”.*

Otra de las entrevistadas, la n° 4, comenta:

*“...mi papá era el que más salía, como era comerciante, salía más a hacer actividades, a afuera y a trabajar muchas horas. Mi mamá lo ayudaba, pero desde la casa...”.*

En el caso de la entrevistada n° 5 señala:

*“nací en una familia tradicional, mamá, papá, papá trabajaba, mamá si bien era profesional no trabajó nunca”.*

Y, por último, la entrevistada n° 6 comenta:

*“Mi papá era mecánico de motos y mi mamá ama de casa y modista, digamos. Los dos italianos, emigrantes”.*

Otra observación extraída del análisis de datos fue la de la prevalencia de familias de inmigrantes, ya sea a raíz de que sus abuelos nacieron en el exterior, o incluso de los propios

padres italianos, españoles o bien alemanes. Entre los relatos de las entrevistadas, la gran mayoría relataban restos de la nostalgia de haber tenido que dejar su tierra, como es el caso de la entrevistada n° 6, quien al referirse a su madre señalaba que:

*“...mi mamá siempre extrañó toda su familia en Italia, de hecho nos volvimos a Italia con la idea de que mi papá vendiera todo y se regresara a Italia, cosa que no ocurrió, entonces tuvimos que volver. Entonces mi mamá este como que vivió, fue todo muy difícil, sí para ambos, pero creo que sobre todo para mi mamá”.*

## Discusión

El análisis de los resultados permite articular las vivencias de las participantes con los aportes teóricos utilizados para la realización de este trabajo, mostrando cómo las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas inciden en el sostenimiento de estilos de vida saludables en la adultez mayor. Tanto Freud (1917) como Lacan (1958) sostuvieron que las huellas de la infancia perduran durante toda la existencia, configurando los modos en que cada sujeto afronta las pérdidas, el paso del tiempo y las transformaciones corporales. Desde esta perspectiva, los hallazgos permiten comprender que la historia temprana de cada mujer continúa ejerciendo influencia en la manera de cuidarse, desear y habitar la vejez.

Los resultados obtenidos coinciden con investigaciones recientes que vinculan los estilos parentales percibidos en la infancia con el bienestar en la vejez. Porras Mendoza (2021) observó que quienes recordaron una crianza autoritaria mostraron menor satisfacción vital y sentido de propósito, a diferencia de aquellas que vivieron experiencias democráticas o afectuosas. De forma concordante, este estudio reveló que las experiencias tempranas de cuidado o, por el contrario, de carencia afectiva, marcaron una tendencia en las participantes, donde las que crecieron en entornos amorosos internalizaron modelos de autocuidado, mientras que quienes atravesaron pérdidas o carencias lograron resignificarlas, desarrollando recursos resilientes para sostener su bienestar.

Como ejemplo, una de las entrevistadas expresó haber crecido “*con cuatro mamás*”, en referencia al cuidado brindado por su madre y hermanas, mientras otra señaló: “*vivíamos*

*en un ranchito, donde no sobró nada, pero sí había amor y cariño*”, afirmando que ese afecto *“lo mamo hasta ahora”*. Estos testimonios demuestran lo que Freud (1917), definió como la permanencia de las identificaciones infantiles con las figuras cuidadoras, inscripciones inconscientes que influyen en los modos de ser y de vincularse con la realidad incluso décadas después. En sintonía, Frankl (1993), planteó que cada recuerdo valioso de la infancia se preserva como una huella indeleble que otorga sentido a la existencia. Así, las experiencias de amor y protección tempranas parecen haber favorecido en estas mujeres una disposición positiva hacia sí mismas y una ética del cuidado sostenida a lo largo del tiempo.

No obstante, la investigación también evidenció que las experiencias tempranas difíciles no imposibilitan el logro de un envejecimiento saludable si son elaboradas y resignificadas. Olmos Álvarez (2024) demostró que la psicoterapia puede favorecer esa resignificación, posibilitando nuevos posicionamientos subjetivos y mejores conductas de autocuidado. Un ejemplo de ello es la entrevistada n°11, quien perdió a sus padres siendo niña y fue criada por familiares. Esta historia de carencias no la condujo al desamparo, sino a desarrollar una sólida capacidad de adaptación: *“Soy bastante relajada. Paro, pienso y trato de resolver. Tengo gran poder de adaptación... me adapto bastante a las cosas”*. Su relato muestra un proceso de elaboración que transformó la pérdida en fortaleza. En palabras de Frankl (1993), *“nada del pasado está irremediamente perdido, sino que se conserva irrevocablemente”* (p. 147). En este caso, las experiencias dolorosas se convirtieron en motor vital y fuente de sentido. Considerando los aportes ya mencionado de Freud y Lacan, puede establecerse que la entrevistada elaboró simbólicamente sus traumas, evitando la repetición

inconsciente y dotando de significación a su historia, lo que le permitió habitar el presente sin quedar fijada al sufrimiento.

Otro eje central del análisis fue la relación entre el deseo y los proyectos personales. Todas las participantes mantienen un deseo vivo en la vejez, expresado en metas, intereses y sueños. La entrevistada n° 9 resumió esta actitud en la frase: “*Lo busco, lo hago*”, mientras que la n° 7 afirmó: “*Voy por ellos. Siempre y cuando no perjudique a nadie*”. Estas expresiones comprenden lo que Lacan (1958), denominó no ceder en el deseo, entendiendo el deseo como aquello que sostiene la vida psíquica del sujeto y le otorga dirección. El aspecto ético de la afirmación “*siempre y cuando no perjudique a nadie*” indica la presencia de la ley simbólica, donde el deseo se regula dentro de límites que permiten su realización sin transgredir al otro. Desde Freud (1923), este equilibrio se logra cuando el Yo media entre las demandas del Ello y las exigencias del Superyó, manteniendo una dinámica flexible y no punitiva. En las entrevistadas, se observa un Superyó no tiránico, articulado a ideales posibles, y un Yo con capacidad de negociación, que habilita elecciones consistentes y sostenibles.

En términos lacanianos, aceptar la castración simbólica es reconocer la falta y el límite, permite que el deseo se inscriba en el campo del lenguaje y se exprese en actos simbólicos como el trabajo, el lazo social o el cuidado de sí. Por ello, estas mujeres sostienen sus proyectos dentro de marcos realistas, transformando la energía pulsional en acciones vitales. Tal como afirmaba una de ellas: “*Siempre se me ocurre algo para hacer*”, frase que resume una posición activa frente a la adversidad. Desde Freud (1923) y Lacan (1953), esta

capacidad de tramitar el deseo dentro de la ley simboliza una economía psíquica equilibrada, donde el placer y el deber coexisten, favoreciendo el bienestar y la continuidad vital.

Asimismo, éstos hallazgos se vinculan con la teoría del desarrollo de Papalia et al. (2012), quienes sostienen que la satisfacción en la adultez mayor depende de conservar un sentido de propósito. En esta misma línea, todas las entrevistadas manifestaron tener proyectos tales como cuidado familiar, actividades sociales, aprendizaje o voluntariado, que refuerzan su sentido de utilidad. El deseo sostenido, unido a la acción, se convierte en un factor protector que estimula la resiliencia y la salud emocional.

En relación a lo planteado anteriormente, la participación social también emerge como un componente esencial a la hora de pensar un estilo de vida saludable. Investigaciones como las de Xifra, Tiribelli y Stornini (2025), mostraron que la participación en espacios comunitarios fortalece las redes de apoyo y promueve hábitos saludables, coincidiendo con lo relatado por las entrevistadas. Soliverez y Xifra (2023) identificaron transformaciones en los roles de género dentro de los centros de jubilados, con un creciente liderazgo femenino que promueve la subjetivación y la inclusión social. Estas autoras proponen incorporar la perspectiva de género a los fines de fortalecer el sentido de pertenencia y los procesos de autonomía. En relación a esto, las entrevistadas que asumieron roles de liderazgo o voluntariado manifestaron sentirse más realizadas y comprometidas con su bienestar, encarnando lo que se ha denominado el fenómeno de las mujeres hacedoras, que transitan de la pasividad tradicional a la participación activa y creadora.

Por su parte, Rosales y Campo (2021) aportan una lectura psicoanalítica con perspectiva de género, mostrando que las mujeres mayores atraviesan un proceso de transición desde modelos tradicionales hacia formas más flexibles de subjetivación, favorecidas por la participación social y los nuevos liderazgos. Estos hallazgos dialogan con los testimonios analizados, donde la vejez se vive como un tiempo de autonomía y producción simbólica más que de declinación.

En relación a las estrategias de afrontamiento, las participantes evidenciaron una notable capacidad para enfrentar adversidades sin quebrarse. Los relatos de vida muestran prácticas de afrontamiento centradas en la acción, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social. La entrevistada n° 8 expresó: *“Lo afronto... Nunca tuve depresión. Tristeza sí... pero no tomé las cosas tan a pecho... En vez de ponerme a llorar, me busqué otro trabajo... Siempre se me ocurre algo para hacer”*. Esta respuesta ante la pérdida y la precariedad demuestra una actitud resiliente, coherente con el modelo de optimización selectiva con compensación de Baltes y Baltes (1990), citados en Papalia et al., (2012), según el cual las personas mayores exitosas seleccionan metas relevantes, optimizan sus recursos y compensan sus limitaciones con estrategias alternativas.

Desde una lectura lacaniana, esta flexibilidad se relaciona con la posibilidad de tramitar la falta simbólicamente, en lugar de negarla. El reconocimiento de los límites permite transformar el dolor en acto y el vacío en creación. Las entrevistadas mostraron que su deseo no se extingue ante la pérdida, sino que encuentra nuevos objetos y fines posibles,

confirmando que la aceptación del límite, lejos de ser resignación, constituye condición de deseo.

En los discursos también aparece la dimensión del género y la relación con el cuerpo. Castaño López (2023) destaca que las mujeres mayores enfrentan obstáculos vinculados con la salud, la autonomía y la participación, influenciados por factores de género y clase. Su propuesta de desmontar estereotipos negativos se refleja en los relatos de las entrevistadas, muchas de las cuales resignificaron los ideales de juventud, viéndose a sí mismas como sabias, activas y cuidadosas de sí. Cervantes Álvarez (2024) amplía esta perspectiva señalando que muchas mujeres llegan a la adultez tardía tras una vida dedicada al cuidado de otros, y plantea en ese caso la necesidad de promover intervenciones psicoeducativas que las ayuden a revalorizar su identidad y ejercer una sexualidad y un autocuidado autónomos. Los testimonios analizados confirman esta tendencia, ya que varias entrevistadas relataron haber aprendido a poner límites y dedicarse tiempo propio, iniciando actividades físicas o recreativas por satisfacción personal, no por prescripción médica.

En el plano clínico, Burín (2023) articula el psicoanálisis con los estudios de género, al explicitar cómo los mandatos patriarcales sobre el cuerpo femenino inciden en el malestar de las mujeres mayores. Retomando a Lacan, la autora sostiene que el cuerpo no se reduce a lo biológico, sino que se constituye en el campo del lenguaje y del deseo. Burín subraya que el trabajo analítico puede reactivar el deseo y el placer incluso después de la menopausia o de procesos de aislamiento. De modo semejante, Saavedra, Ojeda, García Neira y Hasan (2024), señalan que el malestar femenino contemporáneo surge del rechazo a los límites del tiempo y

del cuerpo. Estas ideas dialogan con las narrativas de las participantes del presente trabajo, quienes cuidan su cuerpo no por mandato estético, sino como expresión de deseo y vitalidad. Freud (1930) vinculó esta capacidad de amar y trabajar con la salud psíquica, mientras que Lacan (1958) la asoció con la aceptación de la falta y la posibilidad de transformar el goce en deseo. En este sentido, las mujeres entrevistadas encarnan una ética del cuidado de sí que trasciende la lógica médica y se funda en el deseo propio.

La comparación de las trayectorias vitales permitió advertir tanto diferencias contextuales como aspectos comunes. Las participantes, nacidas entre las décadas de 1940 y 1960, crecieron en un contexto patriarcal con padres proveedores y madres dedicadas al hogar. Desde Freud (1923), puede interpretarse que las identificaciones parentales internalizadas durante el complejo de Edipo sirvieron de base para el armado psíquico del Yo y de los ideales que luego guiaron sus conductas. Lacan (1958) amplió esta idea al situar el deseo en el campo del Otro y regulado por la ley simbólica introducida por la función paterna. En las participantes, estos modelos se transformaron creativamente: algunas reprodujeron los valores de cuidado familiar, mientras otras los reelaboraron buscando mayor autonomía, lo que demuestra la plasticidad de las identificaciones y su resignificación a lo largo del ciclo vital.

A pesar de las diferencias socioeconómicas y culturales, todas las entrevistadas comparten rasgos de fortaleza, responsabilidad y disciplina, reflejados en hábitos saludables y proyectos sostenidos. Este conjunto de valores, articulado con la aceptación de la historia propia, configura lo que Erikson citado en Papalia et al., (2012) denominó integridad del yo,

que podría resumirse como la capacidad de asumir la vida sin grandes arrepentimientos y con serenidad frente al paso del tiempo. La heterogeneidad de las trayectorias confirma que no existe un único modo de envejecer saludablemente, sino múltiples caminos donde los factores subjetivos tales como creencias, actitudes y estrategias aprendidas tienen tanto peso como las condiciones materiales.

Como se ha mencionado anteriormente, los desarrollos de Sigmund Freud y Jacques Lacan permiten comprender que las primeras identificaciones familiares dejan huellas inconscientes que orientan los hábitos y elecciones en la vida adulta, ya sea por repetición inconsciente o elaboración creativa. Las participantes de este estudio lograron reinscribir sus experiencias de infancia en narrativas de crecimiento más que de victimización, confirmando que la estructuración de la subjetividad constituye un factor decisivo en la construcción y sostenimiento de estilos de vida saludables.

En conjunto, los resultados indican que la salud en la vejez no puede reducirse a variables biomédicas, sino que depende de la trama simbólica que sostiene el deseo, la historia y los significados construidos por cada sujeto. El deseo activo, la elaboración de las pérdidas, la integración del cuerpo como territorio simbólico y el lazo social como sostén son elementos que configuran un envejecimiento saludable desde la perspectiva psicoanalítica. Así, los hallazgos muestran que la subjetividad, entendida como la combinación única de afectos, identificaciones y sentido, es el principal soporte de la vitalidad en la adultez mayor.

## Conclusión

A partir del análisis realizado, se puede afirmar que las experiencias tempranas constituyeron el andamiaje afectivo y simbólico sobre el cual se estructuraron los modos de ser, de desear y de cuidar de las mujeres adultas mayores entrevistadas. Aquello que Freud (1915) denominó las huellas mnémicas de la infancia (como son las primeras marcas del amor, la pérdida, la protección o la carencia) permanecen actuantes en la vida psíquica, configurando una disposición subjetiva hacia el cuidado de sí y hacia los otros. Las participantes que crecieron en entornos afectivos y contenedores internalizaron un sentimiento de merecimiento del amor y de cuidado, lo que en la actualidad se traduce en hábitos saludables, autovaloración y apertura al lazo social. Esas primeras identificaciones con figuras parentales protectoras se transformaron en mandatos internos benevolentes, provenientes de un superyó que orienta el deseo hacia la vida, no hacia la culpa o la autodestrucción.

En los casos donde las experiencias tempranas estuvieron marcadas por la ausencia, el abandono o el dolor, los resultados muestran que estas mujeres lograron elaborar esas marcas de manera simbólica, transformándose en recursos psíquicos y no en fijaciones patológicas. En términos freudianos, realizaron un trabajo de duelo exitoso, donde resignificaron la pérdida, otorgándole un lugar en la historia sin quedar atrapadas en ella. Desde Lacan, podría decirse que supieron hacer con su falta, es decir, la aceptaron como parte constitutiva de su ser y la convirtieron en motor del deseo. Así, el pasado insistente no se impuso como repetición inconsciente, sino que fue reinscrito en el lenguaje, posibilitando la emergencia de

un sujeto barrado pero deseante, capaz de seguir creando sentido y sosteniendo prácticas de cuidado.

Las estructuraciones subjetivas, entendidas como el modo singular en que cada mujer se constituyó frente a la ley, el deseo y el Otro, influyen directamente en la forma en que viven y habitan la vejez. Presumiendo que aquellas que fueron capaces de tramitar y aceptar los límites de la castración simbólica alcanzaron una posición subjetiva más libre, capaz de desear sin quedar sometida al deseo del Otro. En la actualidad, eso se manifiesta en mujeres que ejercen autonomía, deciden sobre su cuerpo y su tiempo, y sostienen actividades que les proporcionan placer y sentido. Por el contrario, quienes quedaron más fijadas a mandatos familiares o a la lógica del sacrificio evidencian una tendencia a priorizar el deber por sobre el deseo, aunque incluso en esos casos se observa un trabajo subjetivo de reconversión de esos ideales en formas activas de cuidado.

El yo mediador, fortalecido por la introyección de figuras parentales estables, posibilitó el desarrollo de estrategias de afrontamiento maduras frente a las adversidades. En la vejez, estas estrategias se expresan como resiliencia, autoeficacia y capacidad adaptativa, donde no se trata de negar las pérdidas, sino de encontrar nuevas formas de sostener el deseo dentro de los límites impuestos por la realidad. En términos psicoanalíticos, estas mujeres encarnan un equilibrio dinámico entre las fuerzas del ello, el yo y el superyó, donde la energía pulsional se canaliza hacia la creatividad, el lazo y el cuidado de sí.

Finalmente, puede concluirse que los estilos de vida saludables observados, como la práctica regular de ejercicio, la alimentación equilibrada, la participación social y la actitud

activa frente a la vida, son manifestaciones visibles de una salud psíquica subyacente, sustentada en elaboraciones simbólicas tempranas. Las experiencias infantiles y las identificaciones parentales no sólo imprimieron un modo de relación con el cuerpo y con los otros, sino que, a través del tiempo, se transformaron en principios organizadores del deseo. En cada una de estas mujeres, el cuerpo se ha convertido en un lugar simbólicamente habitado, donde el cuidado no obedece a la norma médica o social, sino a una elección subjetiva que da continuidad al deseo.

Así, las experiencias tempranas y las estructuraciones subjetivas no sólo influyeron en el origen de estos estilos de vida saludables, sino que siguen actuando como soportes invisibles que los sostienen, garantizando que la salud, entendida desde el psicoanálisis como equilibrio entre deseo, ley y goce, se mantenga viva en la trama del tiempo y la palabra.

## **Aportes y Contribuciones de la Investigación**

El estudio representa un aporte innovador a la psicología, al ofrecer una lectura psicoanalítica del envejecimiento saludable que articula los aportes de Freud y Lacan con la psicología del desarrollo y la gerontología contemporánea. A diferencia de los enfoques biomédicos o socioeconómicos, propone una mirada clínico-subjetiva, entendiendo a los estilos de vida saludables como estructuras de sentido inscriptas en la historia inconsciente del sujeto.

Desde lo epistemológico, integra la dimensión simbólica del cuidado de sí con la narrativa biográfica, mostrando que las prácticas saludables surgen de procesos identificatorios tempranos y del deseo en movimiento, desplazando la mirada del déficit hacia la potencia creadora del sujeto.

Metodológicamente, el uso de entrevistas semiestructuradas permitió acceder a la dimensión simbólica del discurso, validando el método clínico-cualitativo para investigar salud y envejecimiento. Teóricamente, redefine la salud psíquica en la adultez mayor como la capacidad de elaborar pérdidas y sostener el deseo, incorporando el componente simbólico y afectivo del bienestar.

Por último, el trabajo aporta nuevas perspectivas de intervención clínica y comunitaria, al comprender los estilos de vida saludables como producciones subjetivas, base para diseñar estrategias preventivas y terapéuticas que promuevan la salud integral en la vejez.

## **Limitaciones de la Investigación**

La investigación presenta limitaciones metodológicas derivadas de la muestra intencional y reducida de doce mujeres mayores de una misma región, lo que restringe la generalización de los resultados. La homogeneidad sociocultural y la predisposición positiva hacia la salud pudieron sesgar los relatos. El uso del relato autobiográfico también implica desafíos, ya que la memoria es selectiva y simbólica, aunque desde el psicoanálisis esto se considera parte del modo en que el sujeto produce sentido.

Asimismo, el análisis psicoanalítico conlleva sesgos interpretativos, dado que la posición del investigador incide en la lectura de las narrativas, pese a los intentos de control mediante triangulación teórica. El diseño narrativo-biográfico, aunque permitió un abordaje profundo, no permitió contrastes empíricos ni comparaciones con otros grupos.

Estas limitaciones no invalidan los resultados, sino que delimitan su alcance y abren la posibilidad de futuras investigaciones con metodologías y poblaciones diversas que amplíen la comprensión del vínculo entre historia subjetiva y salud en la vejez.

## **Líneas de Investigación Futuras**

La investigación abre nuevas posibilidades de indagación sobre la relación entre historia subjetiva, deseo y salud en la adultez mayor. Se propone ampliar el estudio incorporando varones y diversidades sexuales, para analizar cómo las estructuraciones de género influyen en el modo de envejecer y en las prácticas de cuidado.

Asimismo, se sugiere desarrollar estudios longitudinales o mixtos que integren el enfoque narrativo–psicoanalítico con indicadores observables de bienestar, a fin de comprender cómo los procesos simbólicos y las prácticas de autocuidado se retroalimentan a lo largo del tiempo.

A partir de lo expuesto, se destaca la necesidad de profundizar el estudio del envejecimiento desde la subjetividad, reconociendo que comprender al sujeto mayor implica considerar tanto sus condiciones materiales como las huellas inconscientes que sostienen su deseo de vivir.

## **Propuestas de Intervención**

A partir de los resultados del estudio, se proponen intervenciones orientadas a promover la salud psíquica y los estilos de vida saludables en la adultez mayor, desde una perspectiva psicoanalítica, educativa y comunitaria.

Se sugiere la creación de espacios de palabra y escucha clínica que permitan a las personas mayores narrar y resignificar su historia, elaborando pérdidas y reactivando el camino del deseo. Asimismo, se puede pensar como positiva la implementación de programas de promoción del deseo y la creatividad, mediante actividades artísticas, corporales y simbólicas que revaloricen el cuerpo como fuente de placer y vitalidad.

Otra línea es el acompañamiento al cuidado de sí, integrando cuerpo, deseo y tiempo para restablecer una relación simbólica con el propio cuerpo. Finalmente, se propone articular estas acciones con políticas públicas de salud y educación, integrando la dimensión subjetiva a los programas de envejecimiento activo.

En función de lo expuesto, las propuestas buscan trasladar los hallazgos de la investigación a la práctica, entendiendo la vejez como un tiempo de creación y deseo, más que de cierre o declive.

## Referencias

- Bleger, J (2001). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Burín, M. (2023). *Género y subjetividad en los modos de envejecimiento femeninos*.  
Aperturas Psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, (73).  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9037053>
- Castaño López, J. (2024). *Corporalidades femeninas, reflexiones en torno a la adultez mayor*. Universidad de Antioquia. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10495/41907>
- Cervantes Álvarez, M. (2024). *Perspectiva de la mujer ante la adultez tardía: Taller psicoeducativo “Mujer ante la vejez: ser para sí”* Tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México. Repositorio de Tesis Digitales UNAM  
<https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/1ce1592e-6eed-437c-bd68-8225a9c479e7/content>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies.
- Frankl, V. (1993). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Freud, S., & Breuer, J. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires y Madrid. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. En Obras completas (Vol. IV-V). Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. En Obras completas (Vol. VI). Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. En Obras completas (Vol. XIV). Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores
- Freud, S. (1915). *Lo inconsciente*. En Sigmund Freud. Obras completas. Volumen XIV. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores (2000).
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En Obras completas (Vol. XIV). Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores
- Freud, S. (1920). *Más allá del Principio de Placer*. En Sigmund Freud. Obras completas. Volumen XVIII. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores (2000).
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y Análisis del Yo*. En Sigmund Freud. Obras completas. Volumen XVIII. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores (2000).
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. En Obras completas (Vol. XIX). Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1924). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. En Obras completas (Vol. XIX). Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En Sigmund Freud. Obras completas. Volumen XXI. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores (2000).

- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. D. P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta edición. Ed McGraw Hill.
- Hernández-Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa y cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill - educación.
- Hernández-Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: Profundización de temáticas de la investigación cualitativa*. (Cap. 13) En Hernández-Sampieri (Ed.) *Biografías e historias de vida*. (pp.9-28). Mc Graw Hill - educación.
- Jiménez Martínez, F. J., & Sahagún Padilla, M. Ángel . (2020). “*Me debo adaptar a la vida*”: *Un análisis lacaniano de discurso sobre la vida en la vejez*. *Uaricha, Revista De Psicología*, 17, 60-70.  
[https://www.revistauaricha.umich.mx/ojs\\_uaricha/index.php/urp/article/view/329](https://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/329)
- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo*. En *Escritos 1*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (1953). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En *Escritos 1*. Buenos Aires, Argentina. Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1953)
- Lacan, J. (1955). *El seminario, libro 3: Las psicosis*. Buenos Aires, Argentina. Paidós. (Trabajo original dictado en 1955-1956)

- Lacan, J. (1957). *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*. En Escritos 1. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1957)
- Lacan, J. (1958). *La significación del falo*. En Escritos 2. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores (2005).
- Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Seminario 11. Buenos Aires, Argentina: Paidós (2007).
- Lacan, J. (1972-1973) *El seminario, Libro 20. Aún*. Buenos Aires. Paidós (2008).
- Muchnik, E. (1998). *El curso de la vida y la historia de vida*. Paidós.
- Olmos-Álvarez, E. (2024). *Impacto de la psicoterapia en la resignificación de experiencias vitales y el cambio subjetivo para el envejecimiento saludable. Estudio de caso*. Trabajo de obtención de grado, Maestría en Psicoterapia. Tlaquepaque, Jalisco, México: ITESO. <https://hdl.handle.net/11117/11253>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2002) *Envejecimiento Activo: Un marco político*. Revista española de Geriátría y Gerontología, 37 (S2), 74-105.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. <https://social.un.org/ageingworking-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Alimentación sana*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *El edadismo es un problema mundial*. <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>
- Organización Mundial de la Salud (2022, 1 de octubre) *Envejecimiento y salud*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023). *Salud mental de los adultos mayores*. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Actividad física*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12.ª ed.). McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Porras Mendoza, Y. A. (2021). *Estudio de los estilos parentales en la vejez: Tipología, estabilidad y relación con el bienestar* Tesis de maestría, Universitat de Barcelona. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <https://hdl.handle.net/2445/191740>

Puzzi, L. (s.f.). *Orientación vocacional con adultos mayores*

Rosales, M. B., & Campo, C. I. (2021). *Una indagación de los modos de subjetivación en dos mujeres desde el psicoanálisis con perspectiva de género*. En XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVIII Jornadas de Investigación, XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-012/49>

Saavedra, M. E., Ojeda, R. A., García Neira, N., & Hasan, M. F. (2024). *Lo femenino en psicoanálisis y el rechazo a lo real del tiempo*. En XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXXI Jornadas de Investigación, XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-048/432>

Saussure, F. de (1916/1945). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires, Argentina: Losada.  
(Trabajo original publicado en 1916)

Soliverez, C., & Xifra, M. J. (2023). *Mujeres en Organizaciones de Mayores: nuevos liderazgos y procesos de subjetivación femenina*. TRAMAS. Subjetividad Y Procesos Sociales, 33(57), 405–422. Recuperado a partir de <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/982>

Xifra, M. J., Tiribelli, A. M., & Stornini, M. (2025). *Envejecimiento femenino, salud, participación social y desigualdades de género en contextos vulnerables*. Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria De Ciencias Sociales Y De La Salud, *1*(1), 68–76.  
Recuperado a partir de <https://revista.salud.mdp.edu.ar/index.php/dc/article/view/27>

## **Anexo**

### **Anexo I: Consentimiento Informado**

#### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de psicología de UFLO Universidad, desean conocer las experiencias de vida y como estas influyen en sus estilos de vida saludables. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre como las identificaciones tempranas han incidido en sus estilos de vida. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán en el marco de la investigación. La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto. Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento. Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326. Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a

la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a [sinvestydes@uflo.edu.ar](mailto:sinvestydes@uflo.edu.ar). Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Firma Profesional Informante:

Aclaración:

Aclaración:

DNI:

DNI:

Fecha:

Protocolo N°:

Arq. Ruth Fische

Rectora

UFLO

## **Anexo II:**

### **Instrumento de recolección de datos para TFI**

#### **Datos sociodemográficos:**

Nombre/Edad/Estado Civil/Situación familiar (pareja/hijos/nietos)/Lugar de residencia/Ocupación/profesión

#### **Protocolo de Entrevista Semi-estructurada:**

### Eje 1: Infancia y primeras experiencias significativas

-Contame sobre tu infancia. ¿Cómo se conformaba tu familia cuando eras chica?

¿Con quiénes vivías, cuántos hermanos tenías, y cuál era la dinámica familiar básica?

-Recuerdos de cuidados: ¿Qué recuerdos tenés sobre los cuidados que recibías de niña en tu casa, por ejemplo, en la alimentación, los juegos, las rutinas diarias o el afecto?

-Adolescencia y cuerpo: Contame ahora sobre tu adolescencia. ¿Cómo era la relación con tu cuerpo durante esa etapa de tu vida?

-Hábitos saludables inculcados: ¿Qué ideas o hábitos relacionados con un estilo de vida saludable, por ej., alimentarse bien, cuidar el cuerpo, la higiene, etc... sentís que te transmitieron en tu niñez, y quién te los transmitió?

-Salud y enfermedad en la familia: ¿Se hablaba sobre la salud o la enfermedad en tu familia? En el caso que si se hablaran, ¿qué lugar se les daba a esos temas, qué tanta importancia tenían, cómo se abordaban?

### Eje 2: Modelos de referencia e identificación

-Personas importantes en la niñez: ¿Quiénes fueron las personas más importantes de tu infancia y por qué las considerás tan importantes en tu vida? Pueden ser familiares u otras personas cercanas.

-Enseñanzas recordadas: ¿Qué frases, consejos o enseñanzas recordás de esas personas que mencionaste? ¿Hay algún dicho o lección de ellos que aún hoy tengas presente?

-Identificaciones con la familia: ¿En qué aspectos te reconocés similar a tus padres u otros familiares, ya sea en cosas positivas o incluso en rasgos que no te gusten? ¿Qué características identificás y con qué familiar las compartís?

-Modelo admirado en la infancia: Cuando eras niña, ¿había alguna persona, por ejemplo mamá, papá, abuelos, maestros u otra persona a la que admirabas mucho o querías parecerte? Puede ser una figura femenina o masculina. ¿Qué cualidad de esa persona te atraía y por qué la admirabas?

-Valores familiares conservados: ¿Qué valores o costumbres de tu familia de origen sentís que has mantenido hasta el día de hoy en tu propia vida?

-Descripción de los padres: Si tuvieras que describir a tu papá, mencionando tanto sus aspectos buenos como los no tan buenos, ¿cómo lo describirías? ¿Qué es lo más valioso que rescatas de él?

¿Cómo describirías a tu mamá con sus cosas positivas y negativas? ¿Qué considerás valioso en ella?

### Eje 3: Relación con el cuerpo y la salud

-Motivación hacia la vida saludable: ¿Por qué elegiste llevar un estilo de vida saludable? ¿Qué te motivó o qué significado tiene para vos vivir de esta manera?.

Percepción del envejecimiento: ¿Qué te genera el paso del tiempo y los cambios que conlleva en tu vida y en tu cuerpo? ¿Cómo te sentís con los años que tenés y con los cambios físicos o de salud que han venido con la edad?

#### Eje 4: Experiencias emocionales y afrontamiento de dificultades

-Resolución de conflictos en familia: ¿Cómo se resolvían los conflictos en tu familia cuando eras chica? Por ejemplo, discusiones, desacuerdos ¿qué hacían tus padres o familiares para solucionarlos?

-Clima emocional familiar: ¿Cómo describirías el clima emocional de tu familia durante tu niñez? Es decir, en general, ¿el ambiente familiar era tranquilo, afectuoso, tenso...? Describí cómo se vivían tanto los momentos positivos como los momentos difíciles en tu hogar.

-Comunicación y silencios: En tu hogar de la infancia, ¿qué lugar tenían la palabra y el silencio? ¿Hablaban entre ustedes de las cosas importantes o más bien se callaban los problemas? ¿Había conversaciones abiertas, o costaba expresar los sentimientos?

-Afrontamiento y apoyos (aprendidos y actuales): Cuando te toca enfrentar situaciones difíciles en tu vida, ¿cómo lo hacés? ¿Dirías que enfrentás los problemas de una manera parecida a como lo hacía alguien de tu familia cuando eras chica? ¿En qué o en quién te apoyás para sobrellevar esos momentos difíciles?

-Manejo de lo no logrado: ¿Cómo te manejas con las cosas que no se dieron en tu vida? Es decir, cuando algo que deseabas no ocurrió o no pudiste cumplir algún objetivo, ¿cómo afrontas esa sensación de que algo quedó pendiente o frustrado?

#### Eje 5: Elecciones de vida y autopercepción actual

-Patrones familiares en decisiones de vida: A lo largo de tu vida, en decisiones importantes, como pareja, familia, trabajo, estudios, ¿sentís que repetiste patrones o situaciones que viviste en tu familia de origen, o intentaste manejarte de otra forma distinta a la de tus padres?

-Comparación familia actual vs. familia de origen: ¿Tu familia actual se parece en algo a tu familia de origen es decir la familia en que creciste? Si es sí, ¿en qué se parecen? Y si es no, ¿en qué aspectos dirías que son diferentes?

-Relación con los deseos personales: ¿Cómo te relacionás con tus propios deseos, con aquello que te produce satisfacción personal? ¿Sos de buscar lo que querés y darte tus gustos, o a veces postergás tus deseos?

-Sentido de vida actual: ¿Qué le da sentido a tu vida hoy en día? ¿Qué cosas, actividades o personas hacen que tu vida valga la pena actualmente?

-Visión de lo social: ¿Qué pensás de la gente en general? ¿Te resulta fácil relacionarte con los demás? Por ejemplo, hacer nuevas amistades, participar en actividades sociales, confiar en otras personas.

-Autodefinición personal: Si tuvieras que definirte a vos misma, ¿cómo te describirías? ¿Quién dirías que sos, en pocas palabras?

-Satisfacción con uno mismo: ¿Sentís que sos quien querés ser? Es decir, hoy por hoy, ¿estás conforme con la persona que llegaste a ser o hay algo importante que te gustaría cambiar?