

Transformaciones del aparato psíquico en la vejez: una propuesta metapsicológica¹

Resumen: El presente trabajo propone una reflexión metapsicológica sobre la vejez, entendida no solo como un tiempo de pérdidas y duelos, sino también como un período de reorganización del aparato psíquico. Se plantea la hipótesis de una represión más porosa en la vejez, junto a otras transformaciones metapsicológicas: redistribución narcisista, modificación de la temporalidad psíquica y alteraciones en la figurabilidad.

Palabras clave: Aparato psíquico - Represión - Envejecimiento.

Camila Aliaga

Introducción

La vejez ha sido históricamente un territorio poco explorado por el psicoanálisis. Cuando Freud se refirió a ella en *Sobre la psicoterapia* (1905) y en *Análisis terminable e interminable* (1937), sostuvo que el análisis en personas mayores de cincuenta años era poco recomendable, argumentando la rigidez del aparato psíquico y la escasa esperanza de vida. Este planteamiento, proveniente del fundador del psicoanálisis, instaló una tensión que aún hoy nos interpela: ¿cómo conciliar esa supuesta inanalizabilidad con los postulados freudianos sobre la plasticidad permanente del psiquismo?

Más de un siglo después, la realidad vital es otra: vivimos más, llegamos a la vejez con condiciones de salud y vitalidad impensadas en tiempos de Freud. Los adultos mayores trabajan, estudian, aman, inician análisis. Esta constatación nos obliga a revisar críticamente la herencia freudiana y a preguntarnos: ¿debemos seguir pensando la vejez solo desde la pérdida, o más bien abrírnos a concebir sus transformaciones metapsicológicas específicas?

La mirada tradicional: pérdida, duelo y narcisismo

El psicoanálisis, cuando se ha ocupado de la vejez, lo ha hecho sobre todo desde un ángulo deficitario. Se ha hablado de pérdidas: la del cuerpo que ya no responde como antes, la de las capacidades cognitivas, la de los roles sociales que sostuvieron al sujeto en su vida adulta. A la mirada de pérdida se suma la vivencia de los duelos, tanto de los vínculos que efectivamente se extinguen como del enfrentamiento con la propia finitud. Y finalmente, aparece la idea de la herida narcisista: esa confrontación inevitable del yo con el límite último, la muerte.

1 Trabajo aprobado por pares evaluadores doble ciego

Freud, en *Introducción del narcisismo* (1914), señala que la muerte toca el “punto más espinoso del sistema narcisista”, porque el Yo se sostiene sobre la ilusión de inmortalidad. En *Más allá del principio del placer* (1920) añade que la propia muerte es “impensable”, pues el inconsciente no tiene representación posible de ella. Estas formulaciones freudianas son centrales: nos han dado claves para comprender el modo en que la psique se defiende frente a la amenaza del final de la vida, instalando la negación y la imposibilidad de simbolización.

Sin embargo, estas mismas ideas han tenido un efecto no menor: han contribuido a teñir la vejez con un sesgo sombrío. Como si el psicoanálisis solo pudiera pensar esta etapa en términos de declive, déficit y deterioro, dejando fuera la pregunta por las transformaciones vitales que también la atraviesan. Es como si el aparato conceptual con que pensamos la infancia —donde vemos plasticidad, deseo, creatividad— se volviera opaco cuando pensamos la vejez.

Esto abre una tensión profunda: si para Freud el inconsciente es atemporal, ¿por qué deberíamos aceptar que en la vejez lo psíquico solo pueda ser pensado desde la pérdida? ¿No será que, más que la vejez misma, lo que se hace difícil de tolerar es nuestra propia confrontación con la muerte y con el paso del tiempo?

No se trata de negar las pérdidas, que son reales, sino de ampliar la mirada para incluir también aquello que se transforma, lo que se abre y lo que se despliega en este tiempo de la vida. En este trabajo se recoge el desafío que abre la posibilidad de tensionar el discurso deficitario y pensar la vejez como una etapa donde, junto a los duelos, emergen posibilidades singulares de elaboración, de creatividad y de deseo.

Hallazgos clínicos: cuando lo inconsciente se abre paso

En la práctica clínica con adultos mayores, se observa un fenómeno que sorprende y que irrumpe como un hallazgo clínico digno de ser pensado. En determinados momentos del trabajo, interpretaciones que en otros pacientes encuentran resistencias firmes, en pacientes mayores se reciben con mayor permeabilidad. Lo reprimido no desaparece, pero la manera en que se abre camino hacia el yo adquiere otra textura. Hay sorpresa, hay angustia, incluso dolor, pero junto a eso aparece también algo que no es tan habitual en otras etapas de la vida: apertura y alivio. Lo que no se despliega con la misma fuerza es la muralla defensiva que tantas veces encontramos en la clínica con pacientes más jóvenes.

Se evidencian algunos fragmentos de sesiones, porque es allí donde este fenómeno se vuelve tangible.

Una paciente² de 74 años, después de varios meses de trabajo, en una sesión me miró y me preguntó con voz entrecortada: “¿Tendré arreglo?”. Lo dijo con una mezcla de desesperanza y expectativa. Luego de una interpretación sobre cómo ella había sostenido por años una imagen de sí misma como alguien “irremediablemente rota”, se quedó

2 Los nombres y antecedentes personales de los pacientes han sido modificados para resguardar su confidencialidad. Además, los pacientes fueron informados que algunas viñetas de las sesiones serían tomadas para este trabajo, lo que fue aceptado.

en silencio, y después de un largo rato me dijo: *“Claro que sí... nunca lo había visto así. Pero claro que me alivia saberlo”*. La rapidez con que pudo apropiarse de esa nueva significación me sorprendió. No hubo resistencia ni intelectualización; hubo, más bien, un asentimiento vital que le permitió sentir un alivio inmediato.

En otra sesión, un paciente de 70 años, me relataba un sueño en el que aparecía la figura de su madre ya fallecida. Le señalé cómo esa presencia seguía marcando sus elecciones actuales, generándole culpas que parecían no envejecer nunca. Guardó silencio, me miró y dijo con firmeza: *“Sí, es verdad, nunca lo había pensado así. Me duele... pero siento como si me hubieran quitado un peso de encima”*. De nuevo, lo que se produjo fue más bien una aceptación rápida, sin la lucha que tantas veces implica vencer la represión.

Y recuerdo también a un paciente de más de ochenta años, que al terminar una sesión, luego de una interpretación sobre su dificultad para expresar deseos propios frente a su familia, me dijo con serenidad: *“A esta altura, ¿para qué voy a negar lo que siempre supe?”*. En sus palabras se condensaba algo fundamental: el reconocimiento de que la defensa, en este momento vital, ya no tenía tanto sentido, ya no era tan eficaz.

Una paciente de 73 años relataba cómo una experiencia de abandono en la infancia la había marcado profundamente. A partir de ese episodio, me decía, se vio forzada a construir una vida basada en la autosuficiencia, en una autonomía que le permitió sobrevivir, pero que también se convirtió en una prisión. Con los años, esa modalidad defensiva rigidizó su forma de vincularse: los espacios que implicaban dependencia, especialmente los amorosos, nunca pudieron despegarse con libertad.

En una sesión, después de hablar de su historia amorosa, me dijo: *“Siempre he sido independiente, siempre me las arreglé sola, pero cuando me enamoré, cuando de verdad sentí que necesitaba al otro, vinieron todos mis síntomas”*.

Le interpreté que aquella autonomía que había sido recurso de supervivencia frente al abandono, con el tiempo se había vuelto una cárcel: una defensa que la protegía del dolor de depender, pero que también le impedía entregarse plenamente a un vínculo. Al escuchar esto, guardó silencio y luego respondió: *“Debe ser... todo me lleva a ese momento”*.

Lo que me conmovió fue la forma en que acogió la interpretación: no hubo rechazo, ni intelectualización, ni defensas que se alzarán como murallas. Más bien, un asentimiento sereno, acompañado de dolor y, a la vez, de alivio.

Este testimonio clínico ilustra cómo ciertas experiencias tempranas pueden organizar modalidades defensivas de larga duración. En el caso de esta paciente, la autosuficiencia funcionó como una suerte de “segunda piel” (Bick, 1968), un recurso protector frente al desamparo. Sin embargo, en la vejez, al volverse la represión más porosa y emerger con mayor crudeza lo inconsciente, pudo reconocer el origen de esa modalidad y pensarse de un modo distinto.

Tal como advierte Fernández Ferman (2007), el envejecimiento no tiene por qué leerse como un proceso de progresivo desapego, rigidización y deterioro psíquico: por el contrario, tras la crisis de la mitad de la vida puede abrirse un nuevo período de posi-

bilidades de crecimiento mental. Esta paciente, lejos de mostrarse rígida o inanalizable, ofreció un material de gran riqueza clínica, donde lo inconsciente se hacía presente con menos defensas y con mayor posibilidad de elaboración.

Estos encuentros no pueden reducirse a meros rasgos de personalidad. Lo que se juega aquí, me parece, es un fenómeno ligado a la etapa vital. En la vejez, algo en el aparato psíquico se transforma, y esa transformación tiene efectos clínicos concretos: el inconsciente se abre paso con menos resistencia, las interpretaciones encuentran menos obstáculos, y lo reprimido emerge de manera más directa.

Si lo pensamos desde Freud, podríamos volver a su artículo sobre *La represión* (1915). Allí señala que lo reprimido ejerce constantemente una presión hacia la conciencia, y que solo puede mantenerse en su lugar gracias a una “contrapresión incesante” ejercida por el Yo. Esta descripción nos recuerda que la represión es un mecanismo costoso en términos de energía psíquica: requiere una investidura constante. En la vejez, donde el psiquesoma tiende a un modo de ahorro pulsional, cabe pensar que parte de ese gasto se retire de los mecanismos más exigentes. Es allí donde aparece la hipótesis que quiero proponer: una represión más porosa.

Clínicamente, esa porosidad se traduce en: pacientes mayores que, lejos de estar “cerrados”, como temía Freud, se muestran más disponibles para recibir lo inconsciente. Hay menos resistencia, menos necesidad de sostener la muralla defensiva, y más apertura a la elaboración.

Ahora bien, esto no significa que en la vejez todo sea apertura. Junto a esta permeabilidad, emergen también angustias intensas, dolores vinculados al tiempo perdido, al duelo por lo que ya no volverá. Pero justamente por eso, lo que se nos ofrece en la clínica no es un vacío, sino un terreno fértil donde lo inconsciente puede desplegarse con una crudeza y una vitalidad inesperadas.

Si tomamos en cuenta lo que plantea Fernández Ferman (2007) cuando piensa el envejecimiento no desde el déficit sino como apertura de un nuevo período de posibilidades de crecimiento mental, podemos ver cómo estas viñetas clínicas ilustran esa afirmación. No se trata de que el sujeto en la vejez pierda la capacidad de trabajo psíquico, sino de que ese trabajo adopta otro ritmo, otra textura, otras formas de circulación de lo inconsciente.

En ese sentido, estas experiencias clínicas llevan a pensar que el psicoanálisis con adultos mayores no solo es posible, sino que abre un espacio de descubrimiento. Nos invita a revisar nuestras propias resistencias a trabajar con la vejez, nuestras proyecciones y nuestros prejuicios, y nos convoca a reconocer que donde hay aparato psíquico vivo, siempre hay deseo, y donde hay deseo, hay posibilidad de transformación.

Una hipótesis metapsicológica: la represión más porosa

Freud, en *La represión* (1915), nos recuerda que este mecanismo no es un acto único ni acabado. Al contrario, es un proceso constante que requiere una energía incesante: “*Lo reprimido ejerce una presión continua hacia la conciencia, y el equilibrio debe mantenerse mediante una contrapresión incesante*”. Dicho de otro modo, la represión

funciona como un muro que el Yo debe sostener de manera permanente frente a aquello que le resulta displacentero.

En la vejez, sin embargo, se observa que este muro cambia de textura. La hipótesis que se plantea en este escrito es que, cuando el organismo entra en un modo de ahorro pulsional, también lo hacen los mecanismos más costosos. La represión, que exige una inversión constante, pierde parte de ese quantum de energía y se vuelve más dúctil, más permeable, más porosa.

Ahora bien, este fenómeno no se limita a un aspecto económico. La represión no sólo aísla aquello que es desagradable para el Yo, sino que también lo protege contra el dolor de reconocer ciertas verdades. Y aquí aparece otro punto crucial: en la vejez, el sujeto se ha visto obligado a atravesar múltiples duelos narcisistas —por el cuerpo que ya no responde igual, por los vínculos perdidos, por los roles sociales que se han transformado. Estos duelos, dolorosos e inevitables, parecen tener un efecto adicional: permiten que ciertos contenidos, que en otra etapa de la vida resultaban insoportables y debían ser rechazados, se vuelvan ahora más tolerables.

Lo que antes era vivido como una amenaza intolerable para la integridad del Yo, puede, en la vejez, ser reconocido y aceptado, aunque duela. Como si el yo, al haber tenido que confrontar repetidamente la pérdida y la finitud, adquiriera una cierta disposición distinta frente a lo inconsciente. No es que deje de doler —el dolor está—, pero ya no exige la misma operación defensiva de aislamiento.

Por lo tanto, la porosidad represiva se conjuga con una mayor tolerancia yoica a lo displacentero. Y este doble movimiento explica, en parte, lo que vemos en la clínica: pacientes mayores que reciben interpretaciones con rapidez, que asienten con un “sí, es cierto”, y que sienten alivio allí donde antes habría habido resistencia, negación o rechazo.

En términos metapsicológicos: Dinámicamente, el Yo ya no libra la misma batalla encarnizada contra lo inconsciente, porque parte de ese conflicto ya fue vivido en carne propia a través de los duelos. Económicamente, hay un retiro de energía de la represión, lo que la vuelve más permeable. Tópicamente, los contenidos inconscientes atraviesan más fácilmente hacia la conciencia, pero encuentran un Yo que, aunque herido, está más dispuesto a recibirlos.

Fernández Ferman (2007) lo piensa en una clave muy cercana a esta idea cuando, frente a las teorías que reducen el envejecer a desapego y deterioro, sostiene que tras la crisis de la mitad de la vida se abre un nuevo período de posibilidades de crecimiento mental, acompañado de un redimensionamiento de la percepción del tiempo, la vida y la muerte. Ese crecimiento puede pensarse justamente así: una represión menos rígida, un Yo más habituado a la pérdida, y una tolerancia mayor a aceptar lo que antes resultaba intolerable.

Bion nos ofrece, además, un marco para entender cómo este material, al emerger, puede ser recibido. En *Aprendiendo de la experiencia* (1962), sostiene que la tarea del analista es contener y transformar lo que el paciente no puede elaborar por sí mismo. En la vejez, cuando lo reprimido emerge con mayor crudeza, la función de reverie del

analista se vuelve decisiva para que ese material no sea vivido como una catástrofe, sino como un alivio, como apertura.

En la clínica con pacientes mayores, es donde esta hipótesis se confirma: los pacientes no están menos vivos psíquicamente; al contrario, su aparato psíquico se reorganiza y ofrece un modo singular de apertura. Donde la represión fue más férrea en la juventud, en la vejez se flexibiliza, y lo que antes era insostenible puede ser ahora vivido, pensado y, a veces, incluso aliviado.

Otras transformaciones del aparato psíquico en la vejez

La hipótesis de la represión más porosa constituye, solo una de las transformaciones metapsicológicas que acontecen en la vejez. El aparato psíquico no se detiene, no queda fijado en un estado de rigidez inmutable. Al contrario, se reorganiza, se reacomoda frente a las exigencias de esta etapa vital. Se presentan tres transformaciones adicionales que me parecen centrales: la redistribución narcisista, la modificación de la temporalidad psíquica y las alteraciones en la figurabilidad.

a) Redistribución narcisista

La vejez obliga al Yo a confrontar la pérdida de aquellas investiduras que antes sostenían su narcisismo: el cuerpo ya no brinda el mismo orgullo, los roles sociales se transforman o se desvanecen, los vínculos se adelgazan con el paso del tiempo. Sin embargo, y esto es fundamental, el narcisismo no se extingue.

Lo que ocurre es una redistribución de las investiduras narcisistas. Allí donde antes se volvíamos hacia el poder, la productividad o la imagen corporal, ahora pueden desplazarse hacia la transmisión, el legado, la continuidad en los otros. Fernández Ferman (2007) distingue, en este punto, el incremento saludable de la interioridad de su versión patológica, vivida como aumento y colapso del narcisismo: en el mejor de los casos, lo que se abre es la posibilidad de reencontrar aspectos valorados de sí, viejos y vigentes aún, en el propio interior del sujeto, e incluso de desarrollar nuevos valores e ideales. Esa reubicación de la investidura encuentra, además, su contracara en la posición que Iacub (2009) describe como la vivencia de quien se sabe, en la cadena generacional, más próximo a la muerte. El orgullo ya no está en lo que se logra o se exhibe, sino en lo que se deja, en lo que se da, en lo que se transmite.

En términos clínicos, esto se expresa en pacientes que encuentran satisfacción en relatar su historia, en pensarse como eslabones de una cadena transgeneracional, en volver sobre vínculos significativos para darles otro sentido. Allí donde la sociedad ve solo pérdida de poder o de belleza, el psicoanálisis puede reconocer un trabajo de redistribución narcisista que es también una reorganización de la economía psíquica.

b) Modificación de la temporalidad psíquica.

Otro cambio decisivo tiene que ver con el tiempo. Fernández Ferman (2007) señala que, a partir de la crisis de la mitad de la vida, se produce un redimensionamiento de la percepción del tiempo, la vida y la muerte; e Iacub (2009) describe cómo, en esta

etapa, la relación entre el tiempo vivido y el tiempo por vivir incide en la percepción de los proyectos finitos y en la representación de la propia muerte. Lo que se observa en la clínica es un fenómeno muy evidente: el tiempo subjetivo en la vejez se acelera. El paciente mayor ya no se concede el mismo margen de postergación o demora. Las defensas que antes aplazaban la irrupción de lo inconsciente parecen menos eficaces, pero también menos necesarias. Como me dijo un paciente de 80 años: *“A esta altura, ¿para qué voy a negar lo que siempre supe?”*.

Este cambio en la temporalidad puede comprenderse desde una perspectiva metapsicológica: el inconsciente, que para Freud es atemporal, irrumpe en la vejez en diálogo con un yo que vive el tiempo como escaso. La tensión entre lo atemporal del inconsciente y la finitud del tiempo vital produce un efecto clínico particular: lo inconsciente aparece más directamente, con menos rodeos, con menos espera.

El trabajo analítico con personas mayores, muestra cómo el discurso se vuelve más franco, cómo el material onírico llega sin demasiados velos, cómo el paciente se atreve a poner en palabras lo que había callado durante años. La modificación de la temporalidad psíquica abren, paradójicamente, un tiempo nuevo para el análisis: más breve en duración vital, pero más intenso en profundidad.

c) Alteraciones en la figurabilidad

Finalmente, quiero señalar otra transformación: las alteraciones en la figurabilidad. Si la represión es más porosa, lo no representado —eso que nunca llegó a inscribirse de manera plena en lo psíquico— encuentra nuevas vías de figuración.

Esto se observa, por ejemplo, en los sueños. Con frecuencia, en pacientes mayores, los sueños aparecen menos elaborados, menos disfrazados por el trabajo onírico secundario. Las escenas emergen con crudeza, como si lo inconsciente necesitara menos recursos defensivos para expresarse. Al mismo tiempo, pueden aparecer narrativas fragmentarias, imágenes intensas que irrumpen sin la mediación de relatos demasiado organizados.

Aquí es útil recordar lo que plantea Bion cuando habla de los elementos beta: fragmentos no transformados de experiencia que requieren de la función alfa para volverse pensables. En la vejez, con una represión más permeable, estos elementos pueden aparecer en la sesión con particular fuerza. El analista debe entonces prestar su función de reverie para contenerlos y darles forma, de manera que no se vivan como un exceso traumático sino como material disponible para el trabajo psíquico.

Estas alteraciones en la figurabilidad enriquecen la clínica. Nos enfrentan a formas más directas de lo inconsciente, que requieren de un analista sensible a leer en lo fragmentario, en lo abrupto, en lo que irrumpe sin adornos.

En conjunto, estas transformaciones —redistribución narcisista, modificación de la temporalidad psíquica y alteraciones en la figurabilidad— nos muestran que la vejez no es simplemente una etapa de pérdidas. Es, más bien, una reorganización profunda del aparato psíquico, que abre otras modalidades de deseo, de elaboración y de encuentro con lo inconsciente.

Consecuencias clínicas y éticas

Si aceptamos estas transformaciones metapsicológicas de la vejez —represión más porosa, redistribución narcisista, modificación de la temporalidad, alteraciones en la figurabilidad— se abren posibilidades para los analistas y una serie de desafíos clínicos y éticos que se subrayan en las siguientes líneas.

Primero: la mayor permeabilidad a la interpretación.

Las palabras dichas en sesión pueden tocar más directamente el núcleo inconsciente. Allí donde antes se encontraban resistencias, ahora la interpretación puede llegar con una rapidez inesperada. Esto, que es una oportunidad clínica valiosísima, también exige de una enorme delicadeza por parte del clínico. Una interpretación en bruto, lanzada sin sostén, puede ser vivida como intrusiva o devastadora. Lo que vemos en la clínica con pacientes mayores es que lo inconsciente se presenta con más crudeza: nuestra tarea es sostener ese material con cuidado, ofrecerlo de un modo que alivie y abra, no que fracture o desborde.

Segundo: el riesgo contratransferencial.

La vejez de los pacientes nos confronta inevitablemente con nuestra propia finitud, con nuestras propias defensas frente a la muerte. Como advertía Freud en *Análisis terminable e interminable* (1937), el trabajo del analista no está exento de las mismas resistencias que habitan al paciente. En el encuentro con un paciente mayor pueden aparecer nuestro rechazo, nuestro sadismo, incluso nuestra tendencia inconsciente a desvalorizar o a infantilizar a la persona. Estar atentos a estas reacciones contratransferenciales es crucial: la clínica con mayores no solo los interpela a ellos, también nos interpela a nosotros, nos desnuda en nuestro modo de enfrentar lo negativo y la muerte.

Tercero: una clínica vital.

Si aceptamos estas transformaciones, dejamos de ver la vejez como un tiempo exclusivamente paliativo, y comenzamos a pensarla como un espacio de deseo, de elaboración y de transformación. Esto cambia radicalmente la ética de trabajo. No se trata de “acompañar hasta el final” como si la vitalidad estuviera agotada, sino de abrir un espacio donde el deseo aún circula, donde lo inconsciente todavía insiste, donde el sujeto sigue transformándose hasta el último momento.

Conclusión

La vejez es un proceso complejo, lleno de pérdidas y de duelos, pero también cargado de transformaciones. Pensar que el aparato psíquico, lejos de rigidizarse como temía Freud, se reorganiza.

- La represión se vuelve más porosa.
- El narcisismo se redistribuye, encontrando nuevos objetos de investidura.

- La temporalidad psíquica se acelera, acortando la demora entre lo inconsciente y lo consciente.
- La figurabilidad se altera, y lo no representado irrumpe con nuevas formas.

Estas transformaciones abren la posibilidad de una clínica distinta, donde lo inconsciente se ofrece con mayor crudeza, y donde nosotros, como analistas, debemos sostener la vitalidad de la escucha y la delicadeza de la intervención.

El envejecimiento, entonces, no es empobrecimiento: es una forma distinta de habitar la vida psíquica. Y mientras haya aparato psíquico vivo, habrá deseo. Y donde hay deseo, siempre habrá movimiento, siempre habrá transformación.

Tal vez el verdadero desafío para nosotros sea corrernos de la mirada sombría que heredamos, y atrevernos a escuchar en la vejez no solo la proximidad de la muerte, sino también la potencia de la vida psíquica que aún insiste.

Conviene detenerse, sin embargo, en algo que estas cuatro transformaciones tienen en común, porque no se trata de cuatro fenómenos yuxtapuestos sino de cuatro caras de un mismo movimiento. La represión más porosa, la redistribución del narcisismo, la aceleración de la temporalidad psíquica y las alteraciones en la figurabilidad responden todas a una misma lógica económica: cuando el aparato entra en un régimen de ahorro pulsional, lo que cede no es la vida psíquica sino el costo de sostenerla bajo las formas defensivas de la juventud. La energía que ya no se invierte en la contrapresión incesante de la represión, en el sostén de un narcisismo anclado en el cuerpo y el rol, o en el aplazamiento indefinido de lo inconsciente, queda disponible para otra cosa. Y esa otra cosa es, justamente, trabajo psíquico: rememoración, elaboración, reencuentro con aspectos valorados de sí. Por eso prefiero hablar de reorganización y no de declive. Lo que se reorganiza es el modo en que el Yo administra su economía frente a lo dispendioso, y esa reorganización tiene una dirección reconocible: del gasto defensivo hacia la disponibilidad elaborativa.

Esta lectura tiene una consecuencia ética que quisiera dejar planteada con claridad, porque es ahí donde la metapsicología deja de ser un ejercicio especulativo y se vuelve responsabilidad clínica. Si lo que sostengo es cierto, entonces la disponibilidad del paciente mayor no es una fragilidad a contener, sino una apertura a cuidar. La misma porosidad que permite que una interpretación llegue sin la muralla de antaño es la que vuelve a ese paciente vulnerable a una intervención en bruto, lanzada sin sostén. Fernández Ferman (2007) lo recuerda al pensar la transferencia con un analista muchas veces más joven, que encarna ideales amenazados y puede volverse blanco de la envidia porque recuerda lo que se está perdiendo: el encuadre con un adulto mayor nos exige una delicadeza particular, porque nos ubica a nosotros mismos ante nuestra propia finitud. Trabajar con la vejez, entonces, no es solo aceptar que el análisis es posible después de cierta edad; es reconocer que esa posibilidad nos obliga a una escucha más fina, más advertida de la potencia y del riesgo de cada palabra dicha en sesión. La vitalidad que reivindico en estas páginas no es una consigna optimista, sino la descripción de un terreno clínico que pide ser habitado con cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

Bick, E. (1968). *The experience of the skin in early object-relations*. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.

Bion, W. R. (1962/1974). *Learning from experience*. London: Heinemann. (Trad. cast.: Aprendiendo de la experiencia. Paidós

Fernández Ferman, A. (2007). *Psicoanálisis en la vejez: cuando el cuerpo se hace biografía y narración*. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 104, 76-87.

Freud, S. (1905/1976). *Sobre la psicoterapia*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 7). Amorrortu

Freud, S. (1914/1979). *Introducción del narcisismo*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 14). Amorrortu

Freud, S. (1915/1979). *La represión*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 14). Amorrortu.

Freud, S. (1920/1979). *Más allá del principio del placer*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 18). Amorrortu.

Freud, S. (1923/1979). *El yo y el ello*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 19). Buenos Aires: Amorrortu, 1979.

Freud, S. (1937/1981). *Análisis terminable e interminable*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. 23). Amorrortu.

Iacub, R. (2009). *Identidad y envejecimiento*. Paidós.