

# VIVENCIAS SUBJETIVAS DE MUJERES MAYORES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

**Trabajo final de grado: Pre-proyecto de Investigación**

**Estudiante: Rebeca Turcatti Prestes**

**C.I: 4.846.178-7**

**Tutora: Lucía Monteiro**

**Montevideo, Uruguay 2025.**

## **Resumen**

Este pre-proyecto de investigación está enmarcado en el trabajo final de grado de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR).

Se pretende un diseño de investigación que aporte al conocimiento sobre la vivencia subjetiva de las mujeres mayores con Insuficiencia Renal Crónica sometidas a tratamiento de hemodiálisis.

Se parte del contexto de que Uruguay es un país con envejecimiento poblacional acelerado. De aquí surge la pregunta: ¿cómo experimentan estas mujeres el proceso de envejecimiento cuando dependen de un tratamiento prolongado que limita su autonomía, y las coloca en una posición de cuidado en la mayoría de los casos?

Se utilizará una metodología cualitativa, con entrevistas en profundidad a usuarias de un centro de diálisis seleccionado.

Se buscarán datos sobre el impacto del tratamiento en su vida diaria, los cambios en la calidad de vida y si cuentan con redes de apoyo.

Se garantizará la confidencialidad y se les presentará un consentimiento informado, cumpliendo las normativas de la Facultad de Psicología y la Ley de Protección de datos personales.

**Palabras claves:** envejecimiento, insuficiencia renal crónica, mujeres.

## **Fundamentación y Antecedentes**

Uruguay se encuentra entre los países de América Latina con un envejecimiento poblacional más avanzado, siendo su población una de las de mayor edad en la región, y si tomamos en cuenta al Caribe, solo lo supera Cuba. La población de América Latina y el Caribe ha experimentado un proceso de envejecimiento más rápido con respecto a otras regiones del mundo. Hasta el año 2023 el número de personas de 60 años y más, era de 88,6 millones. Es necesario, tener en cuenta que lo más probable es que el proceso de envejecimiento poblacional se produzca en todos los países de la región, y se debe tener presente esto para que las políticas públicas logren dar cuenta de un proceso de envejecimiento poblacional como una oportunidad y no un problema (CEPAL, 2023).

Los resultados finales del Censo 2023 del Instituto Nacional de Estadística (INE) presentan una estimación total de la población de Uruguay de 3.499.451 habitantes. Según los datos recopilados, se distribuye la población de la siguiente manera: Niños y adolescentes (0 a 14 años) representan el 19% de la población total, lo que equivale a aproximadamente 646.178 personas. Jóvenes y adultos jóvenes (15 a 34 años) comprenden el 28% de la población, con un estimado de 993.566 individuos. Adultos (35 a 64 años) constituyen el grupo más numeroso, alcanzando el 38% de la población total, o cerca de 1.314.406 personas. Personas mayores (65 años y más) representan el 16% de la población, es decir, unas 545.301 personas. Estos datos reflejan el porcentaje creciente de adultos mayores en nuestro país.

En Uruguay existe una feminización del envejecimiento, seis de cada diez personas mayores son mujeres. Se debe tener en cuenta que el crecimiento sostenido del grupo de personas de más edad dentro de la población mayor establece un cambio en las necesidades a ser cubiertas, así como la aparición de nuevas prioridades, como los cuidados y la promoción de la autonomía (Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2016-2019).

Teniendo en cuenta que este trabajo se centra en la mujer, particularmente en la mujer mayor en tratamiento de hemodiálisis, considero importante mencionar el rol que en general cumple la mujer respecto al cuidado de personas enfermas dentro de su familia. Se concibe el cuidado como una actividad generalmente femenina, este puede ser remunerado o no. Y también fuera del marco familiar, el trabajo de cuidado está marcado por la relación de servicio y de preocupación por los otros (Aguirre, 2008).

Culturalmente se ha establecido la idea de que el cuidado de personas enfermas, ya sean niños o adultos mayores, recae principalmente en la mujer. A su vez, para la mujer, la familia como institución tiene que ver más con la maternidad, la pareja, la sexualidad

(Berriel, Paredes, Perez. 2006). En Uruguay las tareas asociadas al cuidado recaen principalmente en las familias, pero sobre todo en la mujer (Carbajal, M.2014).

Cuando se habla de cuidado o de familias cuidadoras, se refieren a las mujeres, ya que son ellas en la mayoría de los casos las que cuidan a sus familiares, estos mayores de edad generalmente. La creencia de que cuidar es trabajo de las mujeres todavía está presente como normativa (Marrugat, M.2005).

Todas las mujeres en algún momento de su vida cumplen este tipo de trabajo, que tiene que ver con el cuidado, ya que en la mayoría de las situaciones no es fácil liberarse de este destino, ya sea por la presión social o cultural (Freixas, A.2008).

Aquí es donde me cuestiono: ¿qué pasa cuando la mujer en la familia está enferma? ¿Cómo vive este proceso, en el que no solo transita la vejez, sino que también padece una enfermedad crónica—en este caso, insuficiencia renal crónica—y depende de un tratamiento que limita sus actividades diarias y la coloca en un lugar de dependencia con respecto al cuidado?

En Uruguay no existen estudios que se enfoquen en la experiencia subjetiva de las mujeres mayores que están en tratamiento en hemodiálisis. En su mayoría, son estudios realizados en Europa y que se centran más en la calidad de vida relacionada con la salud.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un concepto multidimensional que abarca aspectos como el funcionamiento físico, el bienestar psicológico, el estado emocional, el dolor, el funcionamiento social, la percepción general de la salud, el grado de satisfacción con la vida, el impacto en la productividad laboral y las actividades de la vida diaria. Según Shumaker y Naughton, la CVRS se define como “la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar” (citado en Sánchez-Cabezas et al., 2019).

La insuficiencia renal crónica (IRC) afecta el estado físico de los pacientes, y también impacta significativamente en su calidad de vida (Sánchez-Cabezas, Morillo-Gallego, Merino-Martínez & Crespo-Montero, 2019).

En este sentido, la hemodiálisis no solo representa un tratamiento médico, sino que también supone una serie de desafíos para la vida cotidiana del paciente. En esta revisión sistemática realizada por Sánchez-Cabezas (2019) se identifican las principales variables que influyen en la calidad de vida de las personas en diálisis, destacando la importancia de considerar aspectos más allá de la enfermedad en sí, como la autonomía y el apoyo social. De este modo, se reconoce que el paciente no sólo enfrenta las complicaciones propias de la IRC, sino también los efectos adversos del tratamiento y las dificultades en su entorno social y emocional.

Respecto a estudios realizados teniendo en cuenta una perspectiva de género, se puede mencionar a El Grupo de Trabajo de Género y Salud Renal de la Sociedad Española de Nefrología, donde en una revisión monográfica titulada ¿Cómo afecta la diferencia de género a la nefrología?, señala que existen pocos estudios que analicen los efectos del tratamiento de la insuficiencia renal crónica considerando el sexo y el género. Enfatizan la importancia de una perspectiva de género en la salud, entendiendo que las diferencias en el estado de salud entre mujeres y hombres no solo responden a factores biológicos, sino también a determinantes sociales. Desde una perspectiva fisiológica, las hormonas sexuales influyen en la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). Por ejemplo, después de la menopausia, las mujeres tienen mayor predisposición a desarrollar hipertensión debido a la disminución de estrógenos, lo que aumenta el riesgo de ERC. A nivel epidemiológico, aunque globalmente hay más mujeres que hombres con ERC, estas representan solo el 40% de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal (TSR). Además, los hombres tienen un mayor riesgo de progresión a ERC y más probabilidades de acceder al TRS, mientras que las mujeres presentan mayor comorbilidad, riesgo de hospitalización y peor calidad de vida tras iniciar el tratamiento. Se han identificado desigualdades en el acceso a la diálisis. Las mujeres de minorías raciales, con menor nivel socioeconómico o que residen en áreas con menor acceso a la atención médica tienen mayor riesgo de iniciar la diálisis tardíamente, lo que incrementa su riesgo de mortalidad (Arias-Guillén, M., del Pino, M. D., Salgueira, M., Montomoli, M., Castaño, I., Yuste, C., Gracia Iguacel, C., Fernández-Fernández, B., Carrero, J. J., Arenas, M. D., da Silva, I. 2023).

Por otro lado, Villagrasa Alcaine y Romanos Calvo (2021) investigaron la calidad de vida, capacidad funcional, psicológica y cognitiva en personas mayores de 60 años con insuficiencia renal crónica, analizando cómo estas dimensiones se ven afectadas según el tipo de tratamiento recibido. Destacan aquí que la calidad de vida es un concepto multidimensional y que, aunque existen diversos instrumentos para medirla, los resultados pueden ser dispares, lo que dificulta la obtención de conclusiones universales de impacto. Teniendo en cuenta las diferencias de género, encontraron que las mujeres en hemodiálisis presentan peores resultados en los dominios físico y psicológico.

Pero no se encuentran datos sobre si la calidad de vida mejora o empeora con el paso de los años. Como conclusión argumentan que sería recomendable medir la calidad de vida de manera estandarizada desde el inicio del tratamiento, al igual que se evalúan otras variables biológicas. Esto permitiría diseñar estrategias e intervenciones enfocadas en prevenir complicaciones y mejorar la atención de estos pacientes (Villagrasa Alcaine & Romanos Calvo, 2022).

## **Referentes teóricos**

### **Insuficiencia renal crónica.**

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un deterioro progresivo e irreversible de la función renal, en el que los riñones pierden gradualmente su capacidad de trabajo (Clínic Barcelona, 2018). Cuando la insuficiencia renal evoluciona hasta volverse crónica, el daño puede ser irreversible, en este caso se requiere una intervención para sustituir la función renal. Existen distintos tratamientos para la IRC: uno de ellos es el trasplante renal, donde el paciente recibe un riñón de un donante.

En Uruguay, hasta el año 2023, había 429 personas en lista de espera para un trasplante renal, y en ese mismo año se realizaron 119 trasplantes de riñón (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Otra opción de sustitución de la función renal es la diálisis, la cual tiene dos modalidades: diálisis peritoneal y hemodiálisis.

La diálisis peritoneal consiste en la eliminación del exceso de toxinas y líquidos del organismo a través del peritoneo, una membrana natural que recubre los órganos de la cavidad abdominal, sin necesidad de utilizar una máquina. Esta modalidad permite una mayor independencia para el paciente, ya que puede realizarse en su domicilio.

La hemodiálisis es una técnica sustitutiva que requiere la conexión periódica del paciente a un equipo que filtra y depura la sangre. Este tratamiento debe realizarse en un centro especializado, con una frecuencia habitual de tres sesiones semanales de aproximadamente 240 minutos cada una (Registro Uruguayo de Diálisis, 2021). El tratamiento con hemodiálisis puede generar limitaciones en la realización de actividades cotidianas, provocando una situación de dependencia de cuidadores.

En Uruguay, en el año 2022, se realizaron 3.392 tratamientos de hemodiálisis y 252 procedimientos de diálisis peritoneal. Cada año ingresan alrededor de 700 nuevos pacientes a estos tratamientos, de los cuales el 80% egresa por fallecimiento y solo un 12% por trasplante. La mortalidad en estos pacientes es de 194 por cada 1.000 personas, con un 60% de hombres y un 52% de mayores de 65 años (Ministerio de Salud Pública, 2023). El primer procedimiento se realizó en 1969 y, desde entonces, el número de trasplantes ha crecido de manera sostenida (Registro Uruguayo de Diálisis, 2021).

## **Vejez - Envejecimiento.**

En Uruguay, el envejecimiento de la población es un proceso sostenido, este es impulsado por la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. En 2015, el 14% de la población total estaba compuesta por personas mayores de 64 años. Este crecimiento se debe a la reducción de la tasa de mortalidad y al aumento de la longevidad (Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2016-2019).

El Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019 indica que el contexto de envejecimiento de hombres y mujeres es diferente y, por eso es importante visibilizar las diversas realidades que enfrentan ambos géneros en esta etapa de la vida. Uno de los ejes que este plan propone es garantizar el derecho a envejecer con dignidad. Lo que implica que las personas mayores cuenten con recursos y redes de apoyo para vivir plenamente. Esto incluye la cobertura de necesidades esenciales como la salud y los cuidados. En el caso de aquellas que padecen enfermedades terminales, se destaca la importancia de un trato digno y respetuoso, con acceso a información clara sobre su tratamiento y pronóstico, así como la posibilidad de recibir cuidados paliativos que involucren a su entorno familiar y social.

Cada cultura intenta encontrar su propio significado de la vejez, que se basan en su propio imaginario social, esto lleva a interpretaciones que surgen de los mitos y estereotipos negativos de lo que es envejecer, que es un proceso normal que hace parte del ciclo de la vida (Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María, 2014).

Lladó, 2004 propone reconocer al envejecimiento como parte de nuestras vidas. No se crece sin envejecer. Crecer no solamente en etapas de vida, sino que también en creatividad y sabiduría. El imaginario social crece sobre ideas prejuiciosas y acompañan a la humanidad de acuerdo a su construcción de lo que es la vejez. Los prejuicios son construcciones imaginarias que tienen fuertes efectos sociales en la historia de la humanidad (Lladó, 2004).

Es necesario dejar de lado la idea reduccionista respecto al envejecimiento. Lo ideal sería pensarlo como un proceso donde intervienen diversos factores. No hay una única forma de envejecer, este proceso es diverso y heterogéneo (Perez Fernandez, R.2011).

Es importante tener en cuenta que no es lo mismo envejecer siendo mujer que hacerlo siendo hombre, y que la edad es un elemento clave en la experiencia de la vejez, no sólo como contador de años, sino como vivencia subjetiva del tiempo (Freixas, A. 2008). Lladó cita a Mabel Burín (1999), quien plantea que las mujeres en la mediana edad procesan duelos para las pérdidas como la del cuerpo juvenil, los padres juveniles, los deseos e ideales juveniles, y como la elaboración de esos duelos afecta lo vincular.

Lladó y Carbajal (2004) proponen aspectos clave para comprender el proceso de envejecimiento desde una perspectiva singular, destacando aquí que este no es un proceso homogéneo. Entre estos aspectos se encuentran el reconocimiento de los factores socioculturales del envejecimiento, la influencia de la historia personal y familiar, y las diferencias de género en la experiencia del envejecimiento.

Por otro lado, Salvarezza (1993) señala que la mediana edad puede representar una etapa de autorrealización para algunas personas, pero en términos generales, implica la transición a la vejez. Esta fase se caracteriza por la toma de conciencia del paso del tiempo, lo que conlleva el reconocimiento del propio envejecimiento, y por cambios en los vínculos familiares, donde los hijos crecen y los padres fallecen, esto ubica al individuo en una posición de "próximo" en la línea generacional. En este punto surge la conciencia de que el tiempo es finito. H. Ey (citado en Salvarezza, 1993) menciona que el ser que envejece tiene un esfuerzo extra, ya que no solo debe adaptarse a su entorno, sino también a su propia vejez. Este proceso puede generar conflicto y rechazo a las condiciones que impone el proceso de envejecimiento, y en algunos casos, una crisis de la mediana edad.

E. Erikson (1968, citado en Salvarezza, 1993) en su teoría epigenética describe el desarrollo en fases de la personalidad en función de la adecuación con ciertas variables psicosociales. Lo hace a partir de ocho ciclos vitales, estos ciclos están determinados por la relación de la persona en crecimiento y la realidad social, esta realidad actúa por medio de representantes institucionales, y estas son las encargadas de permitir el desarrollo. Los ciclos son: Confianza versus Desconfianza-esperanza (niño de 0 a 12-18 meses), aquí toma a la confianza básica como fuerza fundamental, que viene del bienestar físico y psíquico. Autonomía vs. Vergüenza y duda (1-3 años) en esta etapa es donde el niño comienza a desarrollar independencia respecto a su autonomía física, el exceso de autoconfianza y la pérdida del autocontrol pueden hacer que surja la vergüenza, en esta etapa es fundamental la presencia de los padres. Iniciativa vs. Culpa (3-6 años) mayor capacidad locomotora y perfeccionamiento del lenguaje, el sentimiento de culpa nace del fracaso en el aprendizaje psicosexual, cognitivo y comportamental. El equilibrio entre iniciativa y culpa es importante para la formación de conciencia moral. Industria vs. Inferioridad (6-12 años) inicio de la edad escolar y el aprendizaje sistemático. La inferioridad surge por el sentimiento de incapacidad en el aprendizaje cognitivo, comportamental y en la productividad. Le sigue el ciclo de Identidad vs. Confusión de rol (12-20 años) la integración psicosexual y psicosocial forman la identidad personal en aspectos psicosexuales, ideológicos, psicosociales, profesionales. Aquí puede surgir confusión de identidad, de roles, inseguridad e incertidumbre en la formación de la identidad. Intimidad vs. aislamiento (20-30 años) busca relaciones significativas, la falta de estas puede llevar al aislamiento (Bordignon, N. A., 2005). Generatividad vs. Estancamiento (40-50 años). En la mediana edad el conflicto está entre

generatividad y estancamiento. La generatividad es vista como la preocupación por guiar a la generación siguiente, pero no solo en lo que tiene que ver con familiares directos, esto se puede sentir en lo laboral por ejemplo. Cuando se siente que esto no sucede, viene un sentimiento de estancamiento. La resolución o no de este conflicto da lugar al último ciclo, que es el de la Integridad y la Desesperación (Salvarezza, 1993). Este último ciclo empieza después de los 50 años. La integridad tiene que ver con la aceptación de la historia personal, la falta de esta integración genera desesperación (Salvarezza, 1993). Cada ciclo tiene una crisis y un conflicto. Se entiende a la crisis aquí como una oportunidad para el desarrollo del individuo (Bordignon, N. A., 2005).

Ferrater Mora (1944, citado en Iacub, 2015) sostiene que en los momentos de crisis es cuando se revela ante la persona lo que siempre había tenido enfrente pero lo desplazaba con creencias, roles e ideales sociales, y puede surgir la desesperación. La crisis puede limitar, ya que la persona puede buscar volver a la seguridad de lo que le ofrecía su estado anterior y permanecer en la tristeza e inadaptación, o explorar nuevas formas de identidad que no generen sensación de exclusión. La crisis promueve nuevas representaciones de identidad. La resolución de la crisis es posible en contextos relacionales donde el sujeto puede hacer "una lectura distinta acerca del modo en que fue construido su problema, por ejemplo haber envejecido y con ello suponer que se terminaban una serie de posibilidades" (Iacub, 2015)

Por otro lado, Berriel (2021) en su tesis de doctorado busca explorar las significaciones atribuidas a la vejez, el envejecimiento y las personas mayores, que se articulan en formaciones discursivas. Busca conocer las prácticas discursivas que conforman al envejecimiento como objeto de las políticas públicas, entendiendo a éstas como un conjunto heterogéneo de prácticas. Propone distinguir entre el envejecimiento y la vejez, entender el primero como proceso y la vejez como etapa vital.

Su estudio parte de la base de considerar que la "realidad" del envejecimiento es una construcción social y desde el campo del socioconstruccionismo. Uno de los aportes fundamentales de este enfoque "es considerar que la realidad social es construida a través de las prácticas sociales, esto es, a través de la acción de las personas" (Cubells, 2002, citado en Berriel, 2021, p.17).

Rovira (2024) en su tesis de doctorado propone contribuir a la comprensión de la producción subjetiva de la vejez dentro de los marcos actuales del capitalismo neoliberal, esto lo hace a partir de los estudios biopolíticos contemporáneos. Siguiendo a Foucault (2008a, citado en Rovira, 2024) entiende la biopolítica "como una tecnología de poder que gobierna la vida y la interviene mediante dispositivos orientados a lógicas de producción capitalista" (p. 147). Cuando la vida se evalúa por su rentabilidad económica, se está deshumanizando a las personas que no generan ganancias. Esto afecta, sobre todo a

quienes no encajan en los modelos, en especial a las personas mayores que están pobres, cansadas, enfermas o sin un futuro. Los impactos de la edad en la exclusión y la discriminación en la vejez se deben pensar junto con otras dimensiones identitarias. Aquí es importante entender cómo el capitalismo, como sistema social y económico, genera opresión usando los cuerpos de manera explotadora. Esto no afecta a todas las personas por igual, sino que depende de la diversidad de los cuerpos y de cómo cada persona vive y experimenta su propio envejecimiento (Rovira, 2024).

El análisis de la subjetividad es un tema que no se puede dejar de lado en las investigaciones. Es importante tener una perspectiva de envejecimiento desde la dimensión de subjetividad, teniendo en cuenta que la subjetividad involucra dimensiones biológicas, sociales y políticas (Lladó, 2004).

La subjetividad refiere a fenómenos que tienen que ver con todo el psiquismo humano, es necesario pensarlo en una dimensión psicosocial, y no pensarlo como un fenómeno individual o intrapsíquico (Perez Fernandez, R. 2011).

Cabe destacar que la familia como institución también juega un papel importante en la construcción de subjetividad (Berriel, Paredes, Perez. 2006).

Teniendo en cuenta esto, se puede decir que la vejez constituye una producción subjetiva, donde se involucran dimensiones de la comunidad. Y los sentidos de lo que será el envejecimiento y la vejez se establecen en el plano psíquico y vincular (Berriel y Perez, 1996).

Respecto al trabajo con personas mayores en la clínica, Joaquín Rodríguez (2004, citado en Perez Fernandez, 2011) habla de clínica móvil. En la clínica móvil se trabaja a partir de los problemas y no de las certezas, apuntando a la apertura de interrogantes y en constante proceso de crítica y deconstrucción de la realidad, y del imaginario social que está instituido. Aquí la edad se considera un dato más, el valor de la edad proviene de las significaciones que cada individuo otorga a esta etapa de la vida. Estas significaciones están relacionadas con su historia personal, sus vínculos, sus deseos y la forma en que construyen su proyecto de vida. Es importante tener conocimiento de las diferentes patologías que tienen una mayor incidencia en la vejez, en el análisis no se dejan de lado los síntomas, pero lo principal es trabajar con el sufrimiento de los sujetos. Lo que se pone en juego es una construcción subjetiva que se configura a partir de la historia de vida de cada sujeto. Esta historia, se encuentra situada en un contexto sociohistórico determinado, desde el cual se producen formas específicas de significación y construcción de lo real. El abordaje clínico con adultos mayores, al igual que con cualquier otro sujeto adulto, remite a la dimensión del deseo, los anhelos, los afectos, las identificaciones y los regímenes de afectación, los cuales operan más allá de la variable cronológica de la edad (Pérez Fernández, R.2011).

**Objetivo general:**

Contribuir al conocimiento sobre la vivencia subjetiva de las mujeres mayores con Insuficiencia Renal Crónica sometidas a tratamiento de hemodiálisis.

**Objetivos específicos:**

- Indagar en cómo percibe la paciente mayor el proceso de hemodiálisis en la vejez. Y cómo vive el impacto de este cambio en su vida cotidiana.
- Explorar si existe necesidad de cuidado y como es vivida esta necesidad por la persona mayor.
- Indagar si cuentan con apoyo psicológico en el centro donde se realizan tratamientos. Y a su vez, si cuentan con redes de apoyo durante el tratamiento.

**Diseño metodológico**

A la hora de intervenir no podemos dejar de lado el cuestionarnos cuál es nuestra posición frente a los prejuicios del imaginario social y como lo podemos superar. Debemos tener en cuenta la importancia de desarticular estas construcciones subjetivas, en lo que tiene que ver con el sufrimiento y las situaciones de vida de cada persona no solo a nivel individual, sino también familiar y grupal (LLadó, 2004).

Se llevará a cabo la investigación con metodología cualitativa, a través de entrevistas en profundidad. La entrevista en profundidad es una técnica de investigación cualitativa, que se orienta a obtener información mediante una conversación profesional entre el investigador y uno o varios sujetos, con fines analíticos, diagnósticos o de intervención social. Este tipo de entrevista implica un proceso comunicativo dinámico, donde influyen las características personales, sociales y culturales del entrevistador y del entrevistado. (Ruiz Olabuénaga, 2012). Buscando comprender a la identidad como un proceso de construcción donde los individuos se van formando a través de la interacción simbólica con otras personas. Este proceso se vincula a la historia de vida de cada sujeto, la cual está influida tanto por su concepción individual del mundo como por la época y lugar donde vive (Martinez, 2015).

Se utilizará el método descriptivo transversal, donde se compara una o igual función en grupo de igual edad cronológica (Salvarezza, 1993).



## **Resultados esperados**

Teniendo en cuenta que las vivencias subjetivas de mujeres en tratamiento de hemodiálisis no es una temática muy investigada en Uruguay, se buscará contribuir a que se realicen intervenciones grupales e individuales en mujeres que transitan por la vejez y se realizan hemodiálisis. Que puedan ser acompañadas y contenidas en el proceso.

Se tendrá en cuenta el análisis de las entrevistas realizadas y sus resultados, para poder planificar y dirigir la atención a aspectos que se repitan y requieran de intervención.

Reforzar el papel del psicólogo/a en los equipos interdisciplinarios del centro de diálisis, colaborando en el abordaje de la subjetividad en los procesos de atención y acompañamiento. Teniendo en cuenta que el contexto en el envejecimiento incide en el modo en el que la persona narra a sí misma, se buscará contribuir para que surjan nuevas propuestas para las usuarias que aporten en la configuración identitaria (Iacub, 2015).

## **Referencias bibliográficas**

Aguirre, R. (2008). El futuro del cuidado. En I. Arriagada (Ed.), Futuro de las familias y desafíos para las políticas. CEPAL, SIDA, UNIFEM, UNFPA.

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Arias-Guillén, M., del Pino, M. D., Salgueira, M., Montomoli, M., Castaño, I., Yuste, C., Gracia Iguacel, C., Fernández-Fernández, B., Carrero, J. J., Arenas, M. D., & da Silva, I. (2023.). ¿Cómo afecta la diferencia de género a la nefrología? Revisión monográfica. Grupo de Trabajo de Género y Salud Renal de la Sociedad Española de Nefrología.

Berriel, F. (2021.). Envejecimiento y políticas públicas en el Uruguay del ciclo progresista: análisis de la formación de un objeto múltiple. Tesis de doctorado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología

Berriel, F; Pérez, R. (2002). “Adultos Mayores Montevideanos: Imagen del cuerpo y red social”. En: Universidad de la República. Facultad de Psicología Revista Universitaria de Psicología. Montevideo, agosto de 2002.

Berriel, F; Pérez, R. (2006) Imagen del cuerpo y producción de sentidos. Estudio con adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de la ciudad de Montevideo, Uruguay. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. Nº 23. Vol. 6 (3) Agosto de 2006: 65 – 82.

Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Erik Erikson: El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación. 50–63.

Carbajal, M. (2014.). Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores : estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023, 10 de enero). Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe. CEPAL.

<https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>

Clínic Barcelona. Insuficiencia renal crónica (2018).  
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/insuficiencia-renal-cronica>

Freixas, A. (2008). La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista, en Anuario de Psicología, vol. 39, núm. 1, pp. 41-57, Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona.

Hospital de Clínicas. (2021). Informe anual 2021.  
[https://www.nefrologia.hc.edu.uy/images/Informe\\_anual\\_2021\\_publicado.pdf](https://www.nefrologia.hc.edu.uy/images/Informe_anual_2021_publicado.pdf)

Hospital de Clínicas. (2021). Informe anual RUD 2019: Actividades, incidencia y prevalencia.  
[https://www.nefrologia.hc.edu.uy/images/INFORME\\_ANUAL\\_RUD\\_2019.\\_ACTIVIDADES\\_I](https://www.nefrologia.hc.edu.uy/images/INFORME_ANUAL_RUD_2019._ACTIVIDADES_INCIDENCIA_Y_PREVALENCIA_2021.pdf)  
[NCIDENCIA\\_Y\\_PREVALENCIA\\_2021.pdf](https://www.nefrologia.hc.edu.uy/images/INFORME_ANUAL_RUD_2019._ACTIVIDADES_INCIDENCIA_Y_PREVALENCIA_2021.pdf)

Iacub, R. (2015). Identidad y envejecimiento. Capítulo 2 y 3. Paidós.

Instituto Nacional de Estadística. (2023). Censo 2023: Población por rango de edad.  
[https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/censo-2023-poblacio](https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/censo-2023-poblacion-rango-edad)  
[n-rango-edad](https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/censo-2023-poblacion-rango-edad)

Lladó, M. (2004). ¿Qué entendemos cuando se habla de factores que favorecen un buen envejecimiento? Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Lladó, M., & Carbajal, M. (2004). Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas. Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016–2019. MIDES.

Martínez, F (2015) El significado de cuidado y proyecto de vida en mujeres cuidadoras de personas con diagnóstico de Parkinson. UdelaR-Colibrí

Ministerio de Salud Pública. Día Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (2023)  
[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/dia-nacional-donacion-tra](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/dia-nacional-donacion-trasplante-organos-tejidos-1)  
[splante-organos-tejidos-1](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/dia-nacional-donacion-trasplante-organos-tejidos-1)

Ministerio de Salud Pública. Salud Pública promueve controles para diagnóstico oportuno y tratamiento (2023).  
[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/salud-publica-promueve-c](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/salud-publica-promueve-controles-para-diagnostico-oportuno-tratamiento)  
[ontrols-para-diagnostico-oportuno-tratamiento](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/salud-publica-promueve-controles-para-diagnostico-oportuno-tratamiento)

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2016). Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019. Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores). <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/910.pdf>

Marrugat, M. (2005). «La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes», en revista Mult Gerontol, disponible en :<<http://sid.usal.es/idsocs/F8/ART9574/g-15-3-005.pdf>>.

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

Rovira, A. (2024.). Un cuento neoliberal : la racionalidad gubernamental de la vejez. Tesis de doctorado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). Metodología de la investigación cualitativa (5.<sup>a</sup> ed., cap. 5, p. 165). Editorial Mensajero.

Salvarezza, L. (1993). Psicogeriatría: Teoría y clínica. Paidós.

Sánchez-Cabezas, A. M., Morillo-Gallego, N., Merino-Martínez, R. M., & Crespo-Montero, R. (2019). Calidad de vida de los pacientes en diálisis: Revisión sistemática. Enfermería Nefrológica, 22(3), 239–255. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842019000300003>

Villagrasa Alcaine, I., & Romanos Calvo, B. (2022). Calidad de vida en la persona mayor con insuficiencia renal crónica. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 57(4), 212–219.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2022000400008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400008)