

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE ADULTOS
MAYORES USUARIOS DE ADAPTACIÓN AUDITIVA BILATERAL**



AUTOR/ES

MARITZA AGUILAR GUERRERO

MARY LUZ DAZA DIAZ

ANGELICA VANESA RODRIGUEZ BUITRAGO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN AUDIOLOGÍA

BOGOTA D.C

JULIO 2021

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE ADULTOS
MAYORES USUARIOS DE ADAPTACIÓN AUDITIVA BILATERAL**



AUTOR/ES

MARITZA AGUILAR GUERRERO

MARY LUZ DAZA DIAZ

ANGELICA VANESA RODRIGUEZ BUITRAGO

DOCENTE ASESOR

JAIME ALBERTO MENDEZ CASTILLO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN AUDIOLOGÍA

BOGOTA D.C

JULIO 2021

TABLA DE CONTENIDO E ÍNDICES

INTRODUCCION	4
1. Descripción general del proyecto	8
1.1. Problema de Investigación	8
1.2. Justificación	14
1.3. Objetivos	19
1.3.1 Objetivo General.	19
1.3.2. Objetivos Específicos.	19
2. MARCO DE REFERENCIA.....	20
2.1. Marco Teórico.....	20
2.2. Marco Conceptual	28
3. MARCO METODOLÓGICO	37
3.1. Enfoque Investigativo	37
3.2. Tipo de Estudio.....	37
3.3. Diseño de la Investigación	38
3.4. Población y Muestra	39
3.4.1. Población	39
3.4.2. Muestra	40
3.5. Procedimiento.....	41
3.5.1. Proceso de Recolección de información	41
3.5.2. Proceso de Análisis de información	56
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	63
4.1. Tipo de riesgo.....	63
4.2. Manejo de la información.....	63
4.3. Participación	63
4.4. Beneficios para la población de estudio	64
4.5. Compromisos.....	64
5. RESULTADOS Y DISCUSION	65
6. CONCLUSIONES	92
7. REFERENCIAS.....	95
8. ANEXOS.....	110

Índice de Tablas

Tabla 1. Categorías, subcategorías y preguntas

Tabla 2. Preguntas introductorias en guion de entrevista

Tabla 3. Observaciones al primer preliminar del guion de entrevista

Tabla 4. Observación de los jueces expertos al segundo preliminar guion de entrevista

Tabla 5. Perfil de los participantes del estudio

Tabla 6. Categorías de análisis con sus correspondientes subcategorías y códigos

Tabla 7. Descripción categorías de análisis

Tabla 8. Descripción subcategorías

Índice de Anexos

- Anexo 1. Guion entrevista semiestructurada
- Anexo 2. Preliminar guion de entrevista, primer pilotaje
- Anexo 3. Preliminar guion de entrevista, segundo pilotaje
- Anexo 4. Perfil de los jueces expertos
- Anexo 5. Formato calificación jueces expertos
- Anexo 6. Consentimiento informado
- Anexo 7. Matriz de contingencia de codificación de segmentos

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud publicado en el 2015, hace referencia a la esperanza de vida que en la mayoría de los países del mundo supera los 60 años, con una tendencia de aumento importante, aspecto en el cual Colombia no ha sido la excepción. Según datos oficiales del DANE para el 2005 en Colombia había 2'617.240 adultos mayores y de acuerdo con las proyecciones de población mayor para el 2020 el estimado fue de 6.808.641, lo que representa un crecimiento importante en un periodo de 15 años.

No obstante, la mayor esperanza de vida o aumento de longevidad no guarda una relación proporcional con mejor calidad de vida, teniendo en cuenta la complejidad de los estados de salud y funcionales presentes en esta etapa de la vida y la repercusión que dichas afectaciones tienen en el bienestar del adulto mayor.

Al respecto el informe mundial sobre el envejecimiento y salud plantea la necesidad primordial de acciones de salud pública integral sobre el envejecimiento con el fin de lograr en el adulto mayor la máxima capacidad funcional, identificando dentro de las esferas de acción prioritaria para tal fin, el mejoramiento en la medición, el monitoreo y la comprensión de las tendencias y problemas relacionados con esta población.

Por lo anterior, refieren la consideración e importancia de alentar la investigación en las diversas áreas o campos específicos relacionados con el envejecimiento y la salud, pero también el acceso a la información desde la perspectiva de la persona mayor, por lo cual, es preciso incentivar su participación y contribución en este propósito partiendo de sus percepciones y experiencias de vida. La aplicación de dicho conocimiento genera el establecimiento y desarrollo de acciones pertinentes e integrales en la práctica clínica, en las intervenciones en salud pública y en el establecimiento de políticas en el plano social y sanitario.

Ubicados en este contexto, y teniendo como referencia, en primer lugar, los conceptos de salud y calidad de vida en relación con la salud que desde la OMS han sido definidos; en segundo lugar, las percepciones de calidad de vida de los adultos mayores generalmente estudiadas y evaluadas desde diferentes escalas sobre la base y metodología cuantitativa y, finalmente, la referencia que diversos estudios han hecho sobre la pérdida auditiva como uno de los factores asociados y con fuerte impacto en la calidad de vida del adulto mayor; se plantea la presente investigación cuyo objeto es describir la percepción que tiene un grupo de adultos mayores usuarios de adaptación auditiva bilateral sobre su calidad de vida.

Es así como, bajo el enfoque cualitativo, se orienta y sustenta la presente investigación, teniendo en cuenta que, se encuentra poca evidencia en el caso específico de adultos mayores que usan ayudas auditivas acerca de la percepción de calidad de vida que estos tienen y que desde un punto de vista cualitativo a través de sus relatos sobre las experiencias vividas, es posible categorizar aspectos que consideran relevantes y que han influido de una u otra manera en las dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, las cuales han sido medidas a través de cuestionarios cuantificables como el WHOQOL creado por la OMS y a través de este el suministro de datos que aunque tienen en cuenta la percepción de los sujetos, al utilizar una escala numérica no alcanza a cubrir la complejidad del fenómeno.

ACERCA DE LA ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

Para dar cuenta del estudio, este documento refiere, en el primer apartado una descripción general del proyecto de investigación en el que se hace una contextualización del problema, la justificación de la investigación y se plantean los objetivos general, y específicos, que orientan este estudio. En el segundo apartado se encuentra el marco de referencia compuesto por el marco teórico y conceptual con el que se aborda y profundiza sobre el concepto de calidad de vida, destacando los puntos donde convergen y se diferencian las definiciones dadas en diferentes momentos y áreas

del conocimiento. Se destaca la relación de este concepto en el contexto de la salud, la forma como ha sido medido y el aporte realizado.

En el tercer apartado se encuentra definido el marco metodológico en el que se hace referencia al enfoque de esta investigación, que no pretende generalizar datos, sino profundizar en las experiencias de los sujetos participantes acerca del fenómeno de la calidad de vida. Esto en coherencia con la fenomenología, que es el diseño definido para el estudio. En este apartado también se presenta el proceso para la obtención y análisis de la información.

En el cuarto apartado se presentan los resultados y discusión de la investigación que se plantean de acuerdo con las dimensiones que componen la calidad de vida (Física, Psicológica, Relaciones sociales y Ambiente) en relación con el uso de ayuda auditiva bilateral.

Finalmente, el documento cierra con un acápite de conclusiones que dan cuenta de los aspectos más relevantes encontrados y en un ejercicio reflexivo, aquellos puntos y temáticas en los que es importante profundizar acerca de lo que implica la calidad de vida y su relación con la audiología.

1. Descripción general del proyecto

1.1. Problema de Investigación

La población adulta mayor se encuentra en una etapa donde se producen diferentes cambios tanto a nivel biológico como social debido al envejecimiento. Según Quintanar (2010) citando a Rice en el año 1996, la edad adulta tardía o vejez comienza a los 65 años aproximadamente y se constituye actualmente en el grupo poblacional con un crecimiento demográfico importante, conforme a la esperanza de vida que pasó de 28 años a inicios de siglo XX a 72 años a finales de siglo, esperando este para el año 2050 alrededor de los 79-80 años (Schwartzmann, 1999). Dicho aumento en esta población

ha ido generando cambios y nuevos retos en la estructura social, económica y cultural de manera universal.

En este sentido, envejecer en la actualidad trasciende el deterioro físico, el cual constituye un proceso natural (González, 2014). No obstante, las herramientas, servicios y avances en el conocimiento, la ciencia y la tecnología al servicio de la salud, han cambiado y aportado al aumento de la esperanza de vida en relación con las consecuencias de salud derivadas del deterioro físico propio del proceso de envejecimiento (Mella, et al. 2004). Ahora bien, el abordaje y concepto de salud que en un principio fue entendido como ausencia de enfermedad, trasciende en el momento que es considerado como un estado de bienestar **físico, psíquico y social**, definición que hace la OMS en 1948 (Alcántara, 2008). En este marco, asume al hombre como un todo, como un ser integral, lo que sugiere desde la atención en salud una aproximación de igual forma más holística, donde más allá de combatir la enfermedad, se busca promover bienestar.

De esta manera, se da paso a todo un conjunto de elementos, variables y dimensiones, no solo intraindividuales sino también inter y socioculturales que afectan e impactan en diferente grado el “estar bien”. Es así como se incorpora el concepto de calidad de vida, entendido desde la época de los griegos como “buena vida” y a partir de la década de los 90 estrechamente relacionado con el contexto de salud y definido como: “el valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias” (Paterne, 2012)

En el estudio realizado por Schawartzmann (2003) citando a Testa (1996), sobre qué es lo nuevo que aporta a las ciencias de la salud el concepto de calidad de vida, refiere la inclusión en ella de la *percepción del paciente*, resaltando la necesidad de ésta en la evaluación de resultados en salud, con lo cual, se genera la necesidad de desarrollar instrumentos que proporcionen una medida válida y confiable, aportando de esta manera evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

A lo anterior, añade la justificación del porqué usar las medidas de calidad de vida, destacando la importancia para el sector salud de tener en cuenta en la toma de

decisiones la percepción de los usuarios, además de los indicadores clásicos de corte cuantitativo sobre expectativa de vida, morbilidad y mortalidad, entre otros. Se considera que los indicadores cualitativos sustentados con evidencia empírica de base científica expresan aspectos de vital importancia relacionados con el impacto sobre la calidad de vida y satisfacción de la persona (Schawartzmann, 2003).

Schawartzman también analiza, cómo los factores que son determinantes en la percepción de las personas en una u otra etapa de la vida y de su condición física, brinda elementos valiosos en el reconocimiento de los mecanismos o aspectos que inciden de manera negativa en la calidad de vida, lo que a su vez permite establecer intervenciones psicosociales que promueven el mayor bienestar posible.

Surgen diversos estudios como el de Cardona (2014) que partiendo del interés de la OMS por diseñar instrumentos para evaluar la calidad de vida en personas sanas y enfermas considerando la percepción del sujeto en sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental de manera integral; describe las aplicaciones de éste según región y poblaciones estudiadas. Concluye, cómo el instrumento empleado en varios países y poblaciones, indica la relevancia de obtener información desde la perspectiva del paciente, que es útil en estudios epidemiológicos, observacionales, ensayos clínicos controlados y otros.

Al respecto Casas, citado por Varela (2015), da un mayor valor a las percepciones de las personas sobre la calidad de vida, que a las materiales y objetivas determinadas de manera externa por expertos a través de indicadores. El argumento tiene en cuenta que, el concepto de calidad de vida ha estado sujeto a cambios acorde a las transformaciones sociales, al concepto de individuo y sociedad, reconociendo en la actualidad que éste engloba elementos tanto objetivos como subjetivos, entre los que se incluyen las necesidades materiales básicas y psicosociales, también todos aquellos componentes de su entorno inmediato y los relacionados con la salud y bienestar en general.

Específicamente en la población adulta mayor en relación a la calidad de vida se encuentran estudios internacionales que han centrado su atención en medirla a través de escalas y cuestionarios como el WHOQOL-BREF y el SF-36 Health Survey, que buscan evaluar y obtener un perfil de calidad de vida en aspectos físicos, psicológicos,

relaciones sociales y ambiente desde un punto de vista cuantitativo, logrando con éstos en algunos casos identificar mayores dificultades en la dimensión de medio ambiente, y en otros casos, se pueden evidenciar factores de riesgo presentes en esta población que inciden en su percepción de calidad de vida y se encuentran relacionados con la edad, ausencia de actividad remunerada, falta o limitada cobertura asistencial y finalmente la presencia de patología o enfermedad crónica (Skevington, 2004; Coronado et. al., 2009; Espinoza et. al., 2011; Flores et. al., 2018).

Ahora bien, uno de los factores que se asocia e impacta la calidad de vida en el adulto mayor, es la pérdida auditiva. Al respecto, en el estudio de Mulrow (1990) realizado en Estados Unidos, establece la relación entre discapacidad auditiva y la calidad de vida en adultos mayores. El planteamiento estuvo dirigido hacia la identificación del tipo y grado de la pérdida auditiva y su relación con la calidad de vida mediante la aplicación de una batería integral y se asoció la disfunción auditiva con efectos emocionales, sociales y comunicativos. De un total de muestra del estudio de 23.694 sujetos; la mayoría de los participantes (66%) refirieron percibir estos efectos negativos como discapacidad, a pesar de presentar un grado leve a moderado de hipoacusia.

En Bogotá, el estudio de Cano y otros (2014) refieren que, los problemas auditivos hacen parte de una de las enfermedades concomitantes dependientes de la edad más prevalentes y con una incidencia importante en la calidad de vida. Por lo anterior, el objeto de su estudio fue estimar la prevalencia de los problemas de audición, así como los factores asociados y su efecto en la calidad de vida de los adultos mayores. Utilizaron la variable “problemas en la audición” y la relacionaron con: factores sociodemográficos, uso de dispositivos auriculares, percepción de la propia salud, enfermedades concomitantes, la funcionalidad, la cognición y la calidad de vida. La medida fue realizada con la escala visual analógica del grupo EuroQOL (EuroQoL-Visual Analogue Scale, EQ-VAS). Como resultados, a partir de una muestra de 2000 participantes (adultos mayores) presentan una prevalencia de problemas de audición del 13,5 %, de las cuales el 15 % utiliza audífonos; dicha prevalencia fue mayor en aquellas de 75 o más años, en el nivel socioeconómico bajo y entre no alfabetizados. En aquellas personas con problemas de audición se encontró peor calidad de vida medida por la EQVAS. Cuando las personas

usaban los audífonos su calidad de vida mejoraba en comparación con aquellos que no lo hacían, por lo tanto, este estudio entre otras conclusiones afirma que, los problemas auditivos son relevantes en los adultos mayores e inciden notoriamente en su percepción de la calidad de vida, asociándose con otras situaciones clínicas, funcionales y cognitivas; sin embargo, el uso de audífonos revierte esta percepción.

Ramírez y otros (2020) citando la guía “ABECÉ Salud auditiva y comunicativa” del Ministerio de Salud (2017) señalan que la tercera parte de la población mayor de 65 años presenta pérdida auditiva discapacitante, y en una de cada tres personas dicha pérdida se relaciona con Presbiacusia, la cual puede incidir de manera negativa en la comunicación de la población adulta mayor teniendo efectos sobre aspectos psicosociales relacionados con ansiedad y depresión, provocando declive cognitivo y aislamiento social. Así mismo, en dicho documento y diversos estudios se advierte sobre la manera como las pérdidas auditivas representan un alto costo para la sociedad, la persona afectada y la familia. El impacto de la pérdida auditiva en el adulto mayor repercute en sus actividades y estados a nivel emocional y cognitivo, lo cual se ve reflejado en contextos como el laboral, con una tasa de desempleo más alta y quienes tienen empleo ubicados en una categoría inferior en relación con la fuerza de trabajo general (Minsalud, 2017)

Algunos otros autores como Weinstein (2000) citado por Rodríguez (2017) al respecto del impacto de la pérdida auditiva en la población adulta mayor, hacen énfasis sobre un tipo de pérdida que como la Neurosensorial tiene un efecto dramático en las funciones comunicativas y psicosociales. En cuanto a las funciones comunicativas, la mayor dificultad se hace presente y evidente en la comprensión del habla derivado del trastorno en la percepción de la información acústica, en la reducción en la resolución frecuencial, reducción en la resolución temporal, y alteración en la detección de características del habla que lo sitúan en una situación de desventaja respecto a otros, generando la sensación de discapacidad.

Al respecto de las implicaciones que tiene la pérdida auditiva en la comunicación, Cuervo (1998) habla sobre la eficiencia en la comunicación que se constituye en una necesidad básica en todas las etapas de la vida, ya que solo esta “hace posible la

participación plena de las personas en la comunidad humana” y añade como consecuencia de la falta de eficiencia en la comunicación, por un lado, la restricción en la participación y por otro, “la limitación que se presenta por la disminución en las posibilidades para afectar el entorno y asumir la responsabilidad de las decisiones que afectan su propia vida” (Cuervo, 1998)

Lo anterior se traduce en pérdida de la autonomía, lo cual crea dependencia, frustración, lesionando la autoconfianza y seguridad para integrarse y participar incluso en su entorno familiar y social más cercano.

Entre los hallazgos citados por Rodríguez (2017) en su estudio, refiere que la pérdida auditiva en la población adulta mayor causa un déficit significativo en la interacción y reducción de actividades sociales así como de rutina relacionadas con el autocuidado, y aquellas que le dan independencia y autonomía lo que a su vez reduce la sensación de disfrute de la vida.

En resumen y dados los antecedentes, el interés en esta investigación surge teniendo en cuenta en primer lugar, el impacto que tiene la pérdida auditiva en la población adulta mayor a nivel comunicativo, psicológico, emocional y social; seguido de la evidencia de algunos estudios que muestran cómo dicho impacto puede mejorar con el uso de ayudas auditivas; en segundo lugar, la evidencia que existe sobre las percepciones de calidad de vida de los adultos mayores generalmente estudiadas y evaluadas desde diferentes escalas de medición sobre la base y metodología cuantitativa que aunque aportan aspectos importantes al respecto, no son suficientes dada la complejidad del fenómeno de la calidad de vida. Finalmente y en relación con el punto anterior, para el caso puntual de quienes usan ayudas auditivas, existe poca evidencia acerca de la percepción de calidad de vida partiendo de las propias experiencias vividas y relatadas respecto a su salud en las dimensiones física, psicológica, social y del ambiente en el que se encuentran.

Conocer como es la percepción de calidad de vida en adultos mayores que por su condición de discapacidad auditiva hacen uso de ayuda auditiva bilateral, se constituye en una herramienta valiosa en términos de la evidencia construida y fundamentada con rigor científico a la luz de una metodología que como la cualitativa nos permite a partir

de los relatos de quienes experimentan dicha discapacidad, identificar y significar la manera en que el uso de ayudas auditivas puede o no revertir la perspectiva de su vida y en qué grado la calidad de ésta se relaciona con el uso de las mismas.

En este sentido, surge la pregunta ¿Cómo es la percepción de la calidad de vida de un grupo de adultos mayores usuarios de adaptación auditiva bilateral a partir de las dimensiones, física, psicológica, relaciones sociales y ambiente?

1.2. Justificación

El envejecimiento constituye hoy por hoy además de un triunfo de la humanidad, un reto y gran desafío (González, 2014). “La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados” afirma la OMS (2015) y con este hecho, importantes transformaciones sociales y la necesidad de establecer políticas públicas de acciones integrales. El informe mundial sobre el envejecimiento y la salud en el 2015 presenta un marco de acción dirigido a promover el envejecimiento en términos de lo saludable y en torno a lo que han llamado nuevo concepto de capacidad funcional. En este contexto el informe en mención sugiere para la población adulta mayor, modelos de atención y abordaje integrales en el sistema de salud que implica entre otros, mejores formas de medir y realizar seguimiento a la salud y el funcionamiento de las poblaciones de edad, para garantizar en ésta, estados de independencia, participación y bienestar.

Pese a los avances que sobre el proceso de envejecer se conocen, éste es considerado aun corto e insuficiente. El impacto y complejidad dado de manera natural en dicho proceso, es evidente en las modificaciones que se incorporan en las estructuras internas y externas (Alonso, 2011), abarcando todo un conjunto de aspectos a nivel físico, fisiológico, psicológico, cognitivo, psicomotor y socioafectivo (González, 2014).

Según estudios, después de los 60 años aparecen o se acentúan las limitaciones por afecciones en las estructuras y con ellas en los procesos o capacidad funcional por aspectos como la pérdida de audición, visión y movilidad propias de la edad entre otras

relacionadas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales, accidentes cerebrovasculares, cáncer y demencia, cuya presencia no habla por sí sola del impacto que pueden tener en la vida de un adulto mayor, de la repercusión que tienen en su funcionamiento y por ende en su calidad de vida.(Prieto et al., 2009).

Aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales entre otros, se involucran en lo que se concibe como calidad de vida (Botero, 2007). En este sentido, la complejidad y multidimensionalidad que encierra su concepto hizo necesaria su medida en relación con la salud y como tal fue incluida, constituyéndose este como un aporte importante en la evaluación y por tanto en los resultados en salud (Guyatt, 1993).

La relación del concepto de calidad de vida con la salud incluye de manera esencial la percepción de la persona, que sugiere el abordaje de aspectos sobre el estado de salud a nivel físico y funcional, los factores de riesgo, pero también, todos aquellos implicados en el concepto que sobre la Calidad de vida hace la OMS en (1994) al definirla como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (Botero y Pico, 2007)

La percepción de los individuos sobre aspectos involucrados en la calidad de vida en todas las etapas de la vida se constituye como una necesidad en la medición y/o evaluación en salud (Botero, 2007). Dicha necesidad promueve el desarrollo y uso de herramientas o instrumentos que proporcionen evidencia empírica con sustento científico al proceso de toma de decisiones en salud (Testa, 1996).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud pionera en incorporar el concepto de calidad de vida en relación a la salud (cuando hace referencia al completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad) aporta en este fin, con la creación en el año de 1991 de la escala WHOQOL-100 y más adelante en su versión abreviada WHOQOL BREFF, que nace gracias al consenso de un grupo de

expertos de varios países con los que se establecen puntos de acuerdo sobre el concepto en mención.

La aplicabilidad transcultural que ofrece el instrumento, la posibilidad de producir un perfil de calidad de vida a partir de cuatro dimensiones entre las que se encuentran: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, han llevado a la validación del mismo en diferentes idiomas y grupos poblacionales del mundo. Al respecto Espinoza (2011) referencia en su estudio aquellos que se encuentran en la literatura para validar el WHOQOL BREF en población adulta mayor en países como Taiwán, Canadá, Brasil, Chile, España y Noruega.

Según un estudio en China, el WHOQOL 100 y su versión abreviada el WHOQOL BREF es sensible a los cambios en el estadio clínico de las personas, lo que le da a este cuestionario validez y confiabilidad en la evaluación de calidad de vida en personas que presentan enfermedades crónicas, es decir, todas aquellas afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta (OMS, 2002). Es así como dentro del concepto de enfermedades crónicas, la OMS incluye la ceguera y la hipoacusia.

Ahora bien, aunque el WHOQOL 100 aporta información acerca de la manera como el paciente vive su enfermedad y su percepción subjetiva de bienestar teniendo en cuenta la experiencia de las últimas dos semanas; los datos o información recabada, así como su análisis obedece a los parámetros propios de un cuestionario en términos de lo cuantificable. La subjetividad inherente a la percepción de calidad de vida, o como lo plantea Urzúa (2012) al hacer referencia a la calidad de vida como el “nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida” destaca la necesidad de profundizar en su evaluación a través de diversas metodologías de investigación, que de manera complementaria y con rigor científico aporten en este sentido.

Desde dicha perspectiva es posible el reconocimiento de su multidimensionalidad, es decir lo físico, psicológico y social, dimensiones influenciadas a su vez por las

percepciones y expectativas de la persona, por las experiencias y por el contexto cultural en el que se desarrollan esas experiencias (Romney, 1992).

Específicamente la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores ha sido estudiada con medidas estadísticas sobre indicadores de morbilidad y expectativa de vida, sin embargo, otros importantes han sido poco abordados, tales como, la sensación de bienestar que pueden experimentar en términos de lo que en la literatura se registra en este sentido y lo constituye en una parte el desempeño en las actividades diarias producto del bienestar físico, psicológico y social; y por otra, la satisfacción con los niveles de funcionamiento (Gotay, 1992).

Sobre la funcionalidad son varios los aspectos que lo pueden impactar, no obstante, en la tercera edad, está especialmente ligado a un proceso normal de deterioro físico producto del envejecimiento de estructuras anatómicas, razón por la que de manera puntual en este grupo poblacional se habla de enfermedades crónicas con las implicaciones propias de cada cual. Según Rivas (2007) en la actualidad la presbiacusia en el adulto mayor es una de las enfermedades más frecuentes, esto debido a la alteración degenerativa dentro del sistema auditivo en función de la edad y que como secuela presenta pérdida auditiva; ésta pérdida funcional forma parte del conjunto de procesos de envejecimiento que afecta todos los sistemas orgánicos, y debido a esto la gran mayoría de ésta población es usuaria de audífonos ya sea por pérdidas auditivas unilaterales o bilaterales.

Al respecto el informe mundial sobre la salud y el envejecimiento en 2015, indica que la presencia de una afección no es condición suficiente para determinar el impacto que en la vida de una persona mayor pueda tener y al respecto pone como ejemplo textual, “a pesar de tener una discapacidad auditiva considerable, una persona puede mantener altos niveles de funcionamiento mediante el uso de un aparato de audición” (Prieto et al., 2009).

El interés en este estudio nace a partir de lo expuesto, teniendo en cuenta no solo la afectación de la pérdida auditiva a nivel intra, inter y sociocultural en esta población, sino también la manera como las formas de medir la calidad de vida aportan evidencia e influyen en la toma de decisiones, abordaje y seguimiento a la salud de la población adulta mayor, que por su condición de pérdida auditiva requiere el uso de ayudas auditivas. Las características propias de esta población, así como la multidimensionalidad y complejidad del fenómeno de la calidad de vida, requiere formas de medirla y abordarla desde diferentes enfoques que permitan la complementariedad y con los que se apunte a la integralidad, aspecto o punto central de las políticas públicas y de los modelos de atención y abordaje cuando de salud para esta población se trata.

Los estudios realizados en población adulta mayor para conocer su perspectiva sobre la calidad de vida han sido cuantificados y matematizados, pero poco indagados desde un enfoque cualitativo, razón por la que se constituye en el enfoque de la investigación, a fin de profundizar y nutrir la información que sobre el tema de interés se conoce, a partir de las vivencias y propias experiencias de esta población. Son los discursos y relatos, el medio para acercarse a las imágenes, representaciones sociales, culturales, es decir, a todo un mundo no cifrado ni datado, que solo puede ser explicado por quienes lo viven desde sus propias experiencias, percepciones o apreciaciones (Prieto et. al., 2009)

Desde el punto de vista metodológico este estudio aporta en la forma de abordar un problema que está presente en la vida de las personas mayores relacionado con la calidad de vida, desde un enfoque cualitativo y con un abordaje fenomenológico, que es poco común en investigaciones del campo de la audiología.

Partiendo de los aspectos en mención, este estudio se plantea tomando como referencia el enfoque cualitativo, bajo el cual se direcciona y da soporte a todo el proceso de investigación y considera la relevancia que tienen dichas percepciones en la población del estudio, para orientar los procesos de evaluación e intervención en la adaptación de ayudas auditivas desde los que se apunte a mejorar en los adultos mayores su capacidad funcional y con ella su calidad de vida.

Finalmente, se tiene en cuenta la importancia de aportar en la construcción de conocimiento soportado desde la investigación y que unido a estudios previos y futuros fortalezcan el sustento y/o argumentos que aporten en el establecimiento de protocolos, de normas y políticas públicas desde las que se promueva el cubrimiento de las necesidades auditivas de esta población, tanto en lo que a dispositivos o tecnología se refiere, así como al acompañamiento profesional pertinente, oportuno y fundamental en el proceso de adaptación de ayudas auditivas, promoviendo así, servicios audiológicos efectivos y eficaces, integrales, éticos y especialmente humanos que apunten al bienestar y calidad de vida en esta población.

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

Describir la percepción de la calidad de vida de un grupo de adultos mayores usuarios de ayuda auditiva bilateral desde las dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y ambiente a partir de sus propias experiencias vividas.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Identificar la percepción de calidad de vida desde la dimensión física en el adulto mayor usuario de adaptación auditiva bilateral a partir de sus propias experiencias.
- Indagar en el adulto mayor usuario de ayuda auditiva bilateral sobre la percepción de la calidad de vida desde la dimensión psicológica a partir de sus propias experiencias.
- Explorar la percepción de la calidad de vida en el adulto mayor usuario de adaptación auditiva bilateral a partir de la experiencia vivida sobre la dimensión de relaciones sociales.
- Sondear desde las experiencias vividas por el adulto mayor usuario de adaptación auditiva bilateral acerca de la percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco Teórico

La evolución y perspectivas teóricas, como los factores que se han tenido en cuenta en el término de calidad de vida, han determinado la dinámica de su comprensión y los cambios en su concepto a través del tiempo. En la actualidad se amplían los aspectos y variables que se consideran influyen en él, así como los autores, investigadores y disciplinas interesados en su estudio.

Tal y como lo expresa Flores (2013), respecto a la calidad de vida no existe un término que lo englobe, ni definición única establecida como concepto dado por su connotación subjetiva. Es a partir de dicha connotación que al realizar un recorrido en la literatura se identifican y destacan los aspectos y puntos de encuentro en su conceptualización, el primero de ellos y que constituye en referente a nivel mundial es el de la OMS (1994) al definirla como “la percepción del individuo respecto a su posición en la vida, dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” y con ella la evidencia e impacto que en esta tienen los aspectos relacionados con estados de salud física, emocional, de relaciones sociales, los factores ambientales y culturales.

El eje es la percepción del individuo y de éste la integralidad que subyace del conjunto de variables y dimensiones que la determinan e influyen entre sí. Al respecto de este último Browne (1994) en su definición hace referencia a la interacción dinámica entre diversas condiciones que son externas al individuo, pero también reconoce y destaca en ella la percepción que hace sobre estas condiciones.

Autores como Fernández Ballesteros (1998) plantean unos lineamientos dirigidos a la comprensión del constructo de calidad de vida separando los términos que la componen, en donde “calidad” hace referencia a los atributos, a las características que dan valor a algo y “vida” estrechamente vinculado a los seres humanos, con lo cual Maya (2003) plantea la necesidad que en su concepto se vinculen y evalúen además de los elementos

objetivos a nivel físico, social y psicológico, los subjetivos en términos de apreciaciones, juicios, concepciones, es decir, tal y como el individuo los percibe (Molina, 2008)

Es por ello que en su concepto se tienen en cuenta la combinación de factores objetivos tales como: la utilización que hace el individuo de su potencial intelectual, emocional y creador, incluyendo aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y psicológicos; y por otra parte se encuentran los factores subjetivos como satisfacción personal, grado de realización de aspiraciones personales y percepción sobre condiciones de vida, esto vinculado a sentimientos positivos o negativos, según sea el caso (Botero y Pico, 2007).

Felce y Perry (1995) en este mismo sentido, refieren que la calidad de vida puede ser definida desde distintos niveles, uno general para conocer el bienestar social o de una comunidad y otro a nivel individual, con lo que proponen una catalogación en cuatro conceptualizaciones con el ánimo de incluir las relaciones que pueden darse en primer lugar entre calidad de vida y condiciones de vida del individuo, la segunda sobre la satisfacción percibida por el individuo de acuerdo con las condiciones de vida que experimenta, una tercera que hace referencia a la combinación de componentes objetivos (calidad de las condiciones de vida) y subjetivos (nivel de satisfacción que se percibe) y finalmente la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal relacionada con la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Garrido y Cerpa (2014), citan distintas definiciones del término de calidad de vida en orden cronológico de acuerdo con varios autores y áreas del conocimiento en el que se evidencia convergencias y puntualidades que se han ido elaborando y construyendo con el paso del tiempo. En cuanto a los puntos de encuentro se destaca cómo desde la década de los setenta se involucran en el concepto de calidad de vida los escenarios físicos, interpersonales y sociales que son percibidos, pero también evaluados por el individuo, es decir el aspecto multidimensional dada la complejidad del concepto, así como la percepción del individuo. En los ochenta se busca y entiende la calidad de vida como una medida para indicar la satisfacción con la vida y el bienestar en el que interacciona lo objetivo y lo subjetivo. En los noventa además de la apreciación que

realiza el individuo de su vida, se incluye la satisfacción con el nivel de funcionamiento en comparación con el ideal desde lo que percibe como tal. En este trayecto y dirección la OMS reúne en su definición varios de estos aspectos destacando la percepción del sujeto que inmerso en un contexto social y cultural determina el lugar en el que posiciona su vida teniendo en cuenta así mismo su individualidad desde la integralidad.

Como se ha visto hasta ahora, son diversos los aspectos que afectan y determinan la calidad de vida de una persona, desde las condiciones económicas, sociales, políticas y ambientales, hasta la salud física, el estado psicológico y la armonía de sus relaciones personales y con la comunidad. La calidad de vida entonces podría ser analizada considerando cinco grandes áreas, según Bonilla (2014): **Bienestar físico**, asociado a la salud y la seguridad física de las personas; **Bienestar material**, que incluiría nivel de ingresos, poder adquisitivo, acceso a vivienda y transporte, entre otras cosas; **Bienestar social**, vinculado a la armonía en las relaciones personales como las amistades, la familia y la comunidad; **Bienestar emocional**, que comprende desde la autoestima de la persona, hasta su mentalidad, sus creencias y su inteligencia emocional; **Desarrollo**, relacionado con el acceso a la educación y las posibilidades de contribuir y ser productivos en el campo laboral.

La diversidad de factores que subyacen del extenso y complejo contenido para hacer referencia al concepto de calidad de vida, ha generado y suscitado el interés y abordaje desde diferentes áreas o sociedades de conocimiento, desde aspectos que la componen en tanto unos tangibles si desde una perspectiva económica se aborda, o intangibles desde lo social que incorpora la percepción individual. Disciplinas como la economía, la medicina y las ciencias sociales han llevado a cabo formas diversas de evaluarla que incluyen indicadores observables y cuantificables que podrían establecerse como indicadores universalmente objetivos sobre condiciones de vida, y por otro lado los referentes a la satisfacción con la vida, compuesta por el conjunto de estados de satisfacción en diversos dominios de la vida y así definidos por la subjetividad, determinada por la afectación de la experiencia y el juicio frente a las situaciones de acuerdo a estándares internos o referentes. (Urzúa, 2012)

Cummins (2000), citado por Urzúa (2012) producto de un análisis profundo sobre las mediciones de calidad de vida desde lo subjetivo y lo objetivo finalmente concluye que ambos tipos de medidas han demostrado ser útiles, sin embargo, la varianza reportada de la calidad de vida se genera en el mayor valor que puedan dar a una cosa con respecto a otra según el significado atribuido y los estándares de comparación.

En los diferentes grupos poblacionales las variables socioeconómicas, los estilos de vida, las condiciones físicas y de salud, las de vivienda, el entorno social, el bienestar emocional, intelectual, espiritual y ocupacional, entre otros juegan un papel importante en las experiencias individuales y/o personales, que en conjunto condicionan su experiencia de vida y su percepción en términos de calidad, generalmente basada y en buena parte: en la satisfacción de necesidades a nivel individual y colectivo (Giusti, 1991). Ahora bien, dichas necesidades están relacionadas con las actividades de la vida diaria, cotidianas y fundamentales para el bienestar físico, psicológico y social de la persona.

Una de las etapas de la vida con mayor impacto en la calidad de vida relacionada con la edad por la presencia de cambios producto del envejecimiento, lo constituye la población adulta mayor, en la que su principal problema no es la cantidad de años como tal, sino los vividos con salud y bienestar. El impacto de las enfermedades crónicas, junto con la disponibilidad económica, el acompañamiento y apoyo familiar y social, la pérdida de seres queridos, la soledad, el estado funcional, el acceso a la jubilación y los efectos de la misma entre otros, determinan su capacidad para mantener y desempeñar funciones y actividades de la vida diaria a partir de las cuales mantener la autonomía y el control bajo su preferencia y propias decisiones (Castillo, 2008)

En la consideración que sobre la calidad de vida en la tercera edad hace Fernández y Ballesteros (1998), se proponen una serie de componentes que la pueden determinar y están estrechamente relacionados con el momento y etapa de vida en la que se encuentran. Entre estos se destacan, en primera instancia la salud (que incluye el buen estado de salud a nivel físico que le permite un grado de funcionalidad y con ella la capacidad de poder cuidar de sí mismo); la condición económica (que le da en gran

medida el grado de dependencia o no en el caso de haber alcanzado la jubilación y el nivel de la misma respecto al ingreso), las relaciones y servicios sociales (inmerso y participe de un grupo social y de vínculos a nivel familiar y de amigos; apoyo, compañía y acceso a los servicios sociales y comunitarios indispensables para mantener buena salud física, psicológica y social); las oportunidades culturales y de educación; satisfacción con la vida y condiciones ambientales y materiales con respecto a la vivienda. Al final concluye que, “la calidad de vida en la vejez depende del contexto o las circunstancias en las que vive la gente, además del estilo de vida y de las condiciones personales” (p. 57)

Para Krzemien (2001) la calidad de vida del adulto mayor es dependiente de lo biológico, de las condiciones ambientales y de la representación que tiene en el contexto social, que lo ha encasillado como sinónimo de enfermedad y por ende con baja capacidad de producción, lo que limita su capacidad para desarrollar actividades, funciones o tareas. En este contexto aparece la institucionalización, el marginamiento y aislamiento que conlleva variaciones en su autoestima, autonomía y personalidad.

En el análisis de la calidad de vida desde la salud en el adulto mayor, Torres et. al., (2008) la definen como un “conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida que, en definitiva, es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida” (p. 2). Al respecto Darnton (1995) enfatiza en el grado de bienestar y como en términos generales la satisfacción con la vida influye significativamente la valoración de la salud y enfermedad. Así lo demuestra el estudio de Verdugo (2002) con el que establece la susceptibilidad y deterioro de la salud, el quebranto físico y emocional asociado a éste, lo que genera lesiones en su calidad de vida también dependientes del contexto o factores externos.

En la revisión que hace Campos (2011) sobre los elementos importantes en la calidad de vida de los adultos mayores, se encuentran la especificidad de las características propias de su grupo de edad, entre las que mencionan el retiro laboral, presencia y aumento de enfermedades crónicas que a su vez amenazan la funcionalidad, cambios

en las estructuras familiares y en los roles sociales. Esta especificidad es dependiente del contexto social, cultural, demográfico, histórico y político en el que transcurre o vive su vejez.

Un segundo elemento corresponde a la multidimensionalidad por la multiplicidad de factores implicados y que corresponden a la dimensión personal relacionada con la salud, autonomía y satisfacción; por otro lado, a la dimensión socioambiental en la que figuran las redes de apoyo y los servicios sanitarios y sociales. Todas estas al determinar las condiciones de vida, como sus expectativas y valoraciones, base sobre la que pueden apreciar que es una “buena o mala calidad de vida” (Campos, 2011).

El tercer y cuarto elemento corresponde a los aspectos objetivos y subjetivos; en donde los indicadores objetivos para medir la calidad de vida son aquellos observables que se identifican como contribuyentes de bienestar, por ejemplo, el acceso a bienes, el nivel de renta, la presencia de enfermedades. En cuanto a lo subjetivo hace referencia a los juicios, concepciones, sentimientos del adulto mayor con respecto a su vida, en ellos se incluyen las percepciones de bienestar, su rol en la sociedad, entre otros. Al final concluye que al combinarse estos aspectos (objetivos y subjetivos) se abordan las condiciones de vida junto a la satisfacción que el adulto mayor experimenta frente a los factores en mención.

La OMS (2015) en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, teniendo en cuenta la complejidad de los estados de salud al envejecer, direcciona su interés en lo que significa la salud en la vejez y la manera como las afectaciones en la salud influyen en el funcionamiento y el bienestar de la persona mayor. Al igual que los autores antes citados, en el informe se reconoce la relación entre individuo y entorno, la forma como interactúan y determina la capacidad funcional o “atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar” (p. 14). Es esa capacidad funcional la que permite el bienestar o calidad de vida en la vejez.

Dentro de las principales causas de discapacidad en el adulto mayor, la OMS (2014) identifica dentro de estas a la pérdida auditiva y la demencia. Para Dalton (1995) la pérdida auditiva constituye una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en

este grupo poblacional producto de un proceso degenerativo de tejidos y células por envejecimiento, que alteran la función de la audición. Junto a esta pueden hacerse presentes otros factores que influyen en la función auditiva, tales como la exposición a ruido o algunos medicamentos de regular uso en el adulto mayor, que presentan algún grado de ototoxicidad (Rivas, 2007)

Según Cardemil (2016) la pérdida auditiva se asocia de manera directa y significativa con dificultades a nivel comunicativo y por ende en el establecimiento y eficacia de las relaciones interpersonales, de la interacción comunicativa fundamental en todos los escenarios en los que el adulto mayor se encuentra, pero especialmente importante para mantener los vínculos afectivos con la familia y las redes de apoyo social. Esto repercute en la estabilidad emocional, la competencia y participación social.

Algunas otras funciones superiores como la memoria, la atención además del lenguaje se ven también desestabilizadas o disminuidas por la pérdida auditiva. El deterioro cognitivo y comunicativo asociado a la disminución en la audición a su vez afecta según Leal (2011) la comprensión del habla, la capacidad de procesar la información, de localizar la fuente sonora, la discriminación y asociación entre otras habilidades auditivas centrales esenciales que van más allá de la percepción al proceso complejo de comprender y significar la información o señal acústica. Por lo anterior, la habilidad para realizar actividades de rutina, la oportunidad de ocupación laboral y la seguridad y estabilidad física y emocional se ven afectados. Es así como, por ejemplo y según estudios se ha demostrado que hay mayor posibilidad de accidentes por inestabilidad y/o caídas con las consecuencias de alteración en la integridad física que estas representan para el adulto mayor y que generalmente afectan la movilidad.

En este sentido y retomando el Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud de la OMS (2015) la experiencia de un envejecimiento saludable, de capacidad funcional puede ser valorada en positivo o menos positivo, presentando al respecto dos claros ejemplos o casos en el que se contextualiza sobre esta consideración. El caso de personas con demencia o cardiopatía que puede mejorar cuando hay acceso a la asistencia sanitaria para optimizar su capacidad, o como en el caso de los adultos

mayores que presentan pérdida auditiva y pese a su discapacidad, puede mantener altos niveles de funcionamiento mediante el uso de un aparato de audición.

Respecto al aporte del uso de ayuda auditiva en población adulta mayor, Barrera (2017) y Castillo et. al. (2017) en sus estudios destacan como beneficios el aumento de las interacciones sociales y la efectividad en las mismas, mejor desempeño en las actividades de la vida diaria producto de estados de autoconfianza y seguridad para enfrentar situaciones de escucha, lo cual revierte la percepción y negativa social, emocional y comunicativa que se presenta con motivo de la pérdida auditiva no estimulada o tratada a través del uso de ayudas auditivas.

Por su parte, Díaz (2016) y Stach (2015) destacan la importancia de la estimulación binaural argumentada en la manera como el procesamiento binaural del sonido mejora la audibilidad del habla, la localización de sonidos que puede provenir en diferentes direcciones, favoreciendo el óptimo desempeño del sistema auditivo en función de la percepción de sonidos que integran el lenguaje y una mejor discriminación en ambientes ruidosos (González et. al., 2019).

Adaptación bilateral en Colombia

Respecto a la forma como se accede a la adaptación bilateral en Colombia para la población en general no se encuentran normativas, ni documentos donde de manera explícita y puntual se definan los aspectos, factores y/o procedimientos para que la población con pérdida auditiva bilateral que en términos audiológicos cumpla con el requisito para el uso de ayuda auditiva bilateral tenga dicha adaptación. Por lo cual los tiempos de adaptación entre una y otra ayuda auditiva difieren, los medios para acceder a éstos también, al igual que la tecnología que mejor cubra sus necesidades auditivas y comunicativas.

Tal y como lo plantea Leal (2011) la adaptación bilateral en Colombia, que en cabeza del audiólogo como profesional idóneo y preparado para realizar la adaptación de ayudas

auditivas sigue en este proceso, de manera general se rige siguiendo las guías clínicas de la institución donde lleva a cabo su labor, por otro lado guiada como producto de la experiencia y conocimientos adquiridos y finalmente, por los lineamientos sugeridos por las casas fabricantes de audífonos.

En la revista oficial de la Asociación Colombiana de Audiología (ASOAUDIO), congreso 2006, se presenta un compendio de protocolos clínicos dentro de los que se incluye la adaptación de audífonos. En dicho protocolo, en la sección de las etapas de evaluación denominada preselección, aparece la consideración a tenerse en cuenta respecto a la adaptación binaural como primera opción siempre que este indicado.

En cuanto a la adaptación auditiva para el adulto mayor, se encuentra un protocolo realizado por un grupo de audiólogos colombianos en 2011 y validado en 2012 el cual proporciona una herramienta que tiene como fin estandarizar el procedimiento mediante la unificación de criterios y procedimientos respecto al tema con una guía que de manera estructurada y basada en información científica orienta dicho proceso a fin de lograr adaptaciones adecuadas en esta población. Al igual que en el protocolo de adaptación de audífonos presentado en la revista de ASOAUDIO, en la etapa de evaluación de preselección, indican la importancia de establecer un plan de tratamiento efectivo para lo cual es importante la aplicación de escalas como la HHIE-S a través de las que sea posible junto con los resultados de la evaluación audiológica determinar aspectos como la adaptación monoaural o binaural. (Leal, et. al., 2011)

2.2. Marco Conceptual

De acuerdo con la definición de calidad de vida de la OMS donde se resalta la percepción de una persona sobre su vida, el contexto cultural y sistema de valores en el que vive y esto relacionado con sus objetivos, normas y preocupaciones, todo lo anterior mediado por actividades de la vida diaria, estado de salud física y psicológica, se evidencia la necesidad de medirla desde una visión más integral y holista, en la que la percepción del individuo tenga un mayor protagonismo y en razón de dicha necesidad,

la OMS diseña el World Health Organization Quality of Life, versión abreviada (WHOQOL-BREF, siglas en inglés). Su confiabilidad y la adaptación cultural y lingüística, así como una estructura sólida a nivel conceptual y operativa le permite establecerse como medida genérica de calidad de vida.

El World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) es el instrumento que específicamente mide la calidad de vida en relación con la salud, generando un perfil desde cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Su objetivo dirigido a la evaluación de las percepciones del individuo en las últimas dos a cuatro semanas, es aplicable a sujetos sanos y enfermos, y a través de su puntuación se observan los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, estableciendo valores pronósticos y con éste la proyección de algunas intervenciones. El instrumento se desarrolló y validó transculturalmente, presenta propiedades psicométricas y estructura conceptual. A diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida empleados en investigación clínica y epidemiológica el WHOQOL no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala con mayor solidez conceptual y metodológica (OMS, 1996)

La calidad de vida desde el WHOQOL y su cimiento de investigación, explicita algunas de las características del constructo tales como el carácter subjetivo en el que se ubica la percepción y su distinción entre condiciones objetivas y subjetivas; su naturaleza multidimensional que involucra funcionamientos positivos como dimensiones negativas (The WHOQOL Group, 1995). El diagrama de Urzúa (2012) expresa el modelo planteado por la OMS a través del grupo WHOQOL y su definición conceptual en la que se establecen diferencias entre las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los auto reportes subjetivos en términos de satisfacción/insatisfacción, con estas conductas, estados o capacidades evaluadas en las dimensiones propuestas, también llamados dominios. Cada una de estas a su vez se compone de subdominios o facetas (The WHOQOL Group, 1995)

Sobre el contenido de las dimensiones, se citan algunos referentes conceptuales que permiten una contextualización a partir de los aspectos considerados parte fundamental de cada dimensión o dominio. Un dominio es un conjunto relevante, y práctico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas o áreas de la vida relacionadas entre sí.

Para el caso de la **dimensión física**, esta tiene que ver con el propio cuerpo, en términos de estructura y función. Por otra parte, el funcionamiento eficiente del cuerpo constituye una característica importante y se relaciona con la resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel de aptitud física adecuado (Lopategui, 1997). La dimensión física es la base corporal de la existencia, que incluye los cuidados necesarios para nuestro cuerpo en buenas condiciones y disfrutar de salud y bienestar físicos, cuando la parte física presenta dificultades se encuentra la relación de ésta con discapacidad, entendiéndola desde la CIF como el estado de deficiencia y discapacidad de un individuo y que se encuentra relacionado con enfermedad, bien sea por la pérdida de una función (psicológica, fisiológica y/o estructural), lo que repercute en su desarrollo normal y posiciona al individuo en desventaja para establecer y mantener relaciones interpersonales, realizar integración en distintos ámbitos, resaltando además que "la deficiencia y el origen de la discapacidad definen el grado de dependencia de una persona. Esta dependencia se manifiesta en las actividades cotidianas, de alimentación, higiene, comunicación y traslado" (OMS, 2001)

Así mismo, según Verdugo (2001) al referirse al bienestar físico en relación con la calidad de vida, indica que esta se centra en la salud, el estado físico, la movilidad y seguridad personal; teniendo en cuenta esto, el estado físico y la movilidad están ambos relacionados con aspectos de capacidad física y pueden definirse mejor como capacidades funcionales relacionadas con actividades específicas y finalmente la seguridad física se identifica como la condición por la que estamos libres de daño o lesión.

En cuanto al bienestar físico, éste se relaciona con el concepto de salud que va más allá de la ausencia de enfermedad, a ser entendido como *"un estado completo de bienestar físico, mental y social ..."*, el cual se hace manifiesto en todas las personas a lo largo de su ciclo vital, acentuándose en las personas mayores, especialmente durante y a causa del proceso de envejecimiento. Es así que el bienestar físico, se encuentra vinculado con la percepción de salud que al mismo tiempo se relaciona con su capacidad funcional, en el que sentirse útil o con capacidad para realizar cualquier actividad, favorece el desarrollo de la autoestima, una mejor sensación de satisfacción con la vida y una reducción en los estados depresivos, que han demostrado tener relaciones significativas con indicadores objetivos como son la presencia de enfermedades crónicas, el tiempo con el que han convivido con la enfermedad, y la complicación de la enfermedad, entre otros (Vivaldi, 2012)

Por otra parte, Carpio et. al., (2000) en su análisis desde la **dimensión psicológica** de la calidad de vida, propone un concepto establecido del estado conjunto de los aspectos biológicos como culturales que a su vez se interrelacionan con los psicológicos, pero también determinan el modo particular de existencia del individuo. Es el estado funcional resultante de esta interrelación de aspectos, lo que define la forma en cómo se ajustan en la cotidianidad y sobre el ambiente, el entorno y el propio organismo.

En concordancia por lo referido con Carpio, et. al., (2000) la dimensión psicológica reúne las prácticas individuales del ser humano y se relaciona además con procesos de configuración histórica psicológica en relación con el ambiente cultural y la forma en que se satisfacen los requerimientos funcionales del mismo y que no generan pérdida de salud o alteración del bienestar. Dado lo anterior, los autores identifican en dos grupos las prácticas que se relacionan dentro de la dimensión psicológica: la primera asociada a preservar la salud biológica (prevención, rehabilitación, curación) y la segunda asociada a preservar ambientes físicos y sociales como parte de la cultura (educación, trabajo, arte, ciencia)

Sin embargo, hay que señalar que la dimensión psicológica, se relaciona con análisis, descripción y explicación de la realidad, es decir, hay una influencia no solo con aspectos biológicos sino también sociales que deben ser tenidos en cuenta. (Carpio, et. al., 2000)

Por su parte Cequea et. al., (2011), mencionan cómo dentro de esta dimensión se encuentran las necesidades individuales que una persona busca satisfacer con un propósito estrechamente relacionado con los procesos psicológicos propios de cada ser humano, y que tienen influencia en el bienestar, satisfacción, motivación, así como el aprendizaje y adaptación al cambio.

Al referirse al bienestar emocional como parte de esta dimensión Psicológica, Fajardo et. al., (2016), mencionan la relación de este con indicadores de calidad de vida como la ausencia de niveles altos de estrés y demás dinámicas sociales que han surgido a través de la historia, experiencias positivas relacionadas con seguridad y protección para las personas mayores. Es entonces un importante indicador de salud y bienestar, ya que permite identificar una actitud o sentimiento positivo o negativo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción del individuo hacia sí mismo (Sebastian, 2007).

Mesa-Fernández, et al. (2019) realizan un análisis sobre el concepto de lo que implica el bienestar psicológico en adultos mayores y entre algunas definiciones mencionan que este aspecto se relaciona con el esfuerzo personal que realiza cada individuo con el fin de perfeccionar su potencialidad buscando la superación y logro de metas que considera valiosas, lo que conduce a que cada individuo se reconozca a sí mismo y los talentos que posee y de esta manera reconocer también el significado de su existencia.

Ryff (1989) hace referencia al bienestar psicológico, destacando la reflexión personal sobre el potencial que cada persona posee y que le permite esfuerzos en el logro de propósitos, en la exploración de talentos y en la búsqueda de superación, los cuales adquieren cierta responsabilidad frente a realidades adversas. Propone un modelo

multidimensional acerca del desarrollo personal tomando como referencia seis dimensiones de la siguiente manera (Ryff, C. D., 1989; Ortiz, et. al., 2009)

- **Autoaceptación** se refiere al mantener una actitud positiva hacia sí mismo y hacia sus experiencias pasadas.
- **Relaciones positivas con otros:** Relaciones interpersonales basadas en la confianza y empatía.
- **Autonomía:** reconocer la individualidad, así como la autodeterminación pues estos aspectos son claves para afrontar la presión social de la mejor manera.
- **Dominio del entorno:** la selección individual que permite crear o elegir ambientes que permitan la satisfacción de deseos y necesidades personales
- **Propósito en la vida:** trazar metas y objetivos, que permiten de una u otra forma encontrar un sentido en la vida.
- **Crecimiento personal:** desarrollar potencialidades para el crecimiento personal.

Por su parte Ortiz et al. (2009), mencionan la importancia de la autoestima en la tercera edad, ya que tiene relación directa entre salud y bienestar, debido a los sentimientos de satisfacción sobre sí mismo y que en la tercera edad el adulto mayor entra a considerar de manera constante desde las habilidades que posee teniendo en cuenta los cambios propios que ha sufrido a causa del proceso de envejecimiento. Una de las dificultades más frecuentes se basa en la parte física, social y también cultural, en la que de manera contundente la presencia de alguna deficiencia física puede generar en su contexto social actitudes de rechazo, generando una vivencia social negativa dada en la exclusión y discriminación.

Para comprender la **dimensión social** implicada en la calidad de vida, es necesario referenciar la sociología médica y la epidemiología social, las cuales han buscado describir en los últimos años los efectos sobre la salud producidos por trastornos sociales, aislamiento o exclusión social; por lo cual se hace importante evaluar continuamente la relación entre estas características, ya que la calidad de vida se puede ver reducida como lo demuestra la evidencia clínica y epidemiológica, como consecuencia de la presencia de enfermedad en el individuo. (Siegrist^o, et. al., 2000).

Desde la perspectiva de la psicología social se comprende al ser humano en relación con sus interacciones sociales (García, 2006). Así mismo García (2006) citando la definición de Allport (1968) destaca que desde la perspectiva social de la psicología se busca comprender cómo se encuentran influenciados los pensamientos, sentimientos o conductas por la presencia de los demás; es decir que desde esta perspectiva se tiene especial interés en la influencia social sobre las personas y cómo la interacción social interviene sobre el mismo.

De acuerdo con Barra (2003) desde el enfoque del modelo biopsicosocial en salud, el tener relaciones sociales representa una ayuda en el afrontamiento de situaciones de estrés por problemas de salud, por ende y visto desde este ángulo puede llegar a influir en el funcionamiento fisiológico del ser humano; ya que como lo menciona se ha reportado que contar con apoyo, disminuye los niveles de frecuencia cardíaca y presión arterial. Dado lo anterior el autor plantea el concepto de apoyo social, bajo el cual una persona puede sentirse apreciada y valorada por las personas de su entorno y así sentirse parte de la sociedad, generando mayor interés en el autocuidado, percibiendo su entorno de manera más positiva y motivando una mayor interacción con otros.

Se destacan tres funciones importantes sobre el apoyo social en los individuos, en primer lugar, tiene una función emocional donde se encuentran aspectos como la comodidad, el cuidado y la intimidad; la segunda función está relacionada con la parte informativa entendida como el brindar o recibir orientación y finalmente una función instrumental la cual se compone por la disposición de ayudas directas en servicios y recursos (Martín et. al., 2003)

Fuentes (2014), menciona dentro del apoyo social cuatro categorías importantes: material (dinero o regalos), instrumental (ayudas tangibles como transporte, ayuda en el hogar, acompañamiento), emocional (afecto, empatía, etc.) y cognitivo (transmisión de información). En referencia a los tipos de apoyo se tiene que hay uno formal, el cual reúne organizaciones burocráticas y es operado por profesionales y el apoyo informal donde se encuentra la familia, amigos, vecinos y otras redes sociales donde se encuentra inmerso el individuo.

Pillemer y otros (2000) reportan beneficios positivos del apoyo social en adultos mayores, creando sensación de bienestar en estos y sus familias, además de promover hábitos de cuidado saludables.

De acuerdo con el modelo socio – médico, se hace referencia a cómo el contexto socio económico y político de los seres humanos puede llegar a influir en aspectos relacionados con la salud tales como hábitos y estilos de vida, lo cual al ser identificado permite un mejor abordaje tanto desde programas de prevención pasando por la asistencia y la rehabilitación (Hernández y otros, 2017)

De acuerdo con Hernández y otros (2017), desde el punto de vista de la Salud Pública y tomando como referencia el Modelo de la OMS sobre los determinantes sociales el cual busca hacer visible y poder explicar las inequidades que se presentan tanto en la calidad de vida como la salud y de esta manera ofrecer soluciones, se jerarquiza en tres niveles o determinantes los aspectos de relevancia de la siguiente manera:

- Estructural: Posición social, contexto social, político, económico y cultural
- Intermedio: exposiciones y vulnerabilidades de grupos sociales específicos como por ejemplo entorno familiar, escolar, laboral, social de la persona, dentro de este aspecto se encuentran los servicios de salud.
- Proximal: se encuentran los factores de riesgo individuales y morbilidades de base de un individuo, edad, antecedentes genéticos, etnia a la que pertenece.

En la escala WHOQOL BREF, la **dimensión ambiente** abarca la parte de recursos económicos, libertad de seguridad física, sistema sanitario y social: accesibilidad y calidad de ambiente del hogar, oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas, participación en actividades de recreo /ocio, ambiente físico (contaminación, ruido, tráfico y clima) y accesibilidad a medios de transporte.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2021) la dimensión ambiental del ser humano se compone por el ambiente físico, social y actitudinal en el que vive una persona, en otras palabras,

son factores externos a cada individuo pero que pueden llegar a influir negativa o positivamente sobre el mismo, frente a la realización o desempeño en sociedad, en la capacidad de una persona o tanto en sus estructuras y funciones corporales. En este dominio pueden existir diversos factores como desarrollo económico, zona rural o urbana, capital social.

De esta manera los factores ambientales se pueden dividir en dos niveles: uno a nivel individual para hacer referencia al entorno inmediato de una persona (hogar, trabajo, escuela) y se incluye tanto como la parte física y estructural de propiedades con las que interactúa dicha persona como el contacto interpersonal. El otro corresponde al nivel social, para referirse a las estructuras sociales formales e informales, dentro de las que se incluye organizaciones y servicios laborales, actividades en comunidad, servicios gubernamentales, comunicación, transporte, leyes, regulaciones, reglas, etc. (OMS, 2001)

Romero, et. al., (2007) mencionan la relación que existe entre la salud y otros factores entre los cuales se encuentran los ambientales o entorno, y dentro de éstos los aspectos físicos como por ejemplo el entorno natural, y factores del entorno creado por el ser humano tales como seguridad, el lugar de trabajo, la comunidad, el trazado de carreteras, etc. A su vez mencionan la clasificación de los factores ambientales en biológicos (virus, bacterias, toxinas), químicos orgánicos e inorgánicos (metales, plaguicidas, fertilizantes), físicos no mecánicos (ruido, vibraciones, radiación, calor), mecánicos (lesiones intencionales, no intencionales y autoinfligidas) y finalmente los psicosociales (estrés, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, violencia), entre otros.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque Investigativo

Esta investigación asume el enfoque cualitativo, a través del cual busca tal y como lo señala Hernández (2006) “comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigara) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad” (p. 119). Para el caso de este estudio es la calidad de vida el fenómeno a indagar y la complejidad de su concepto requiere un enfoque desde el cual profundizar en la riqueza que proporcionan los relatos y discursos, así como el significado e interpretación que desde determinadas vivencias y contextos le pueden dar.

Se asume por tanto con este enfoque, un diseño abierto, flexible, construido durante la realización del estudio, que no pretende manipular ni estimular la realidad, tampoco generalizar datos, sino introducirse en las experiencias individuales de cada uno de los participantes dadas en su contexto natural, y con ellas acercarse a la percepción de esa realidad o fenómeno a partir de los significados que éstas les otorguen (Hernández, 2006)

3.2. Tipo de Estudio

En este sentido, el interés de la presente investigación se centra en describir la percepción que tienen los participantes del estudio, quienes se caracterizan por ser adultos mayores usuarios de adaptación auditiva bilateral; en torno a un fenómeno o realidad como es la calidad de vida, tomando como referencia sus experiencias vividas y relatadas acorde a sus actividades diarias, en los contextos propios de su etapa de vida y sobre las dimensiones física, psicológica, de relaciones sociales y ambiente.

Al describir, este estudio es de alcance descriptivo. Al respecto de la utilidad de este alcance, Hernández (2006) refiere como éstos, permiten evidenciar con mayor claridad

y precisión los distintos ángulos, matices y dimensiones posibles de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación.

3.3. Diseño de la Investigación

Según Salgado (2007), al hacer referencia al diseño en el marco de una investigación cualitativa, está haciendo énfasis sobre el abordaje en términos generales a utilizarse en el proceso de investigar.

Teniendo en cuenta el enfoque investigativo, es el diseño fenomenológico desde donde se enmarca esta investigación, dado por las experiencias individuales subjetivas de los participantes en el estudio. Salgado (2007) indica cómo con estos diseños se da respuesta a la inquietud del significado y esencia que tienen las experiencias de vida (ya sea a nivel individual, grupal o colectiva) respecto de un fenómeno. Es así como, el centro de indagación de estos diseños reside en la experiencia, en los puntos de vista y perspectiva de la persona y en lo que también de manera colectiva construyen.

Siguiendo con el planteamiento de diversos autores sobre la fenomenología en la investigación en áreas como la psicología y el desarrollo humano, (Giorgi, 1985; Groenewald, 2004; Jurema, et. al., 2006; Moreira, 2001; Walker, 2011), se plantea como eje central del presente estudio la experiencia vivida de los participantes, sobre situaciones de vida que determinan de manera única e individual la manera de percibir fenómenos como el de la calidad de vida. Acercarse a esta realidad, sugiere captar significados, interpretar y construir el sentido que dicha realidad o fenómeno tiene en un todo compuesto de rasgos personales, sociales y culturales

En resumen, entender los fenómenos desde la propia perspectiva del actor, es el objetivo hacia el cual apuntan los estudios que como este tienen un diseño fenomenológico (Taylor y Bogdan, 1987).

3.4. Población y Muestra

3.4.1 Población

La población objeto de este estudio son adultos mayores con pérdida auditiva, los cuales cumplen con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Edad: Mayores de 60 años
- Diagnóstico audiológico: Hipoacusia Neurosensorial Moderada – Severa Bilateral simétrica.
- Usuarios de ayuda auditiva bilateral
- Experiencia con el uso de ayudas auditivas bilateral de mínimo dos años
- Tiempo mínimo de uso de 8 horas al día
- Marca y nivel de tecnología igual en ambos oídos
- Antecedente audiológico: Presbiacusia y exposición a ruido

Criterios de exclusión:

- Edad: Menores de 60 años
- Diagnóstico Audiológico:
 - Hipoacusia Conductiva o Hipoacusia Mixta.
 - Hipoacusia Neurosensorial Profunda
 - Hipoacusia Unilateral
- Usuario de ayuda auditiva unilateral
- Desfase en el tiempo de adaptación entre un oído y otro mayor a un año.
- Adaptación bilateral, en el que uno de los oídos no cumple con el tiempo mínimo de adaptación de dos años.
- Tiempo de uso diario por debajo de las 8 horas
- Usuario de ayuda auditiva bilateral, con marca diferente para cada oído.
- Usuario de ayuda auditiva bilateral con igual marca, pero diferente tecnología en cada oído

- Antecedente audiológico: Patologías a nivel de oído medio y del nervio auditivo.

3.4.2. Muestra

La muestra se llevó a cabo por conveniencia y oportunidad, teniendo en cuenta la posibilidad de acceso a los sujetos a indagar. Tal y como lo expone Hernández (2006), al referirse a las muestras por oportunidad indica corresponde a: “individuos que requerimos y que se reúnen por algún motivo ajeno a la investigación, que nos proporcionan una oportunidad extraordinaria para reclutarlos” (p. 569). Sobre las muestras por conveniencia, según este mismo autor indica que son sujetos que por su disponibilidad, es posible acceder a ellos.

El muestreo por conveniencia tiene su origen en consideraciones de tipo práctico en las cuales se busca obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigados (Quintana, 2006). La muestra se presenta además como homogénea, ya que reúnen o cumplen con los criterios establecidos para su selección.

Con respecto al tamaño de la muestra, para estudios bajo el enfoque cualitativo no hay estipulado un número mínimo, máximo o exacto de participantes, por lo que el rango de casos que podrían establecerse es variado y depende del objetivo como tal del estudio, el alcance y su profundidad. Salgado (2012) expresa que “no hay reglas” para el tamaño de la muestra en una investigación cualitativa.

El tamaño de la muestra para este estudio es de cinco (5) adultos mayores con adaptación auditiva bilateral. Se toma este número de participantes, puesto que se recolectan relatos que en investigación cualitativa ofrecen la posibilidad de profundizar en la información, es decir de hacer énfasis o enfocar sobre cuestiones subjetivas, lo interno relacionado con sentimientos, afectos, representaciones simbólicas desde los cuales describir y acercarse a la comprensión de un fenómeno, de una realidad tal y

como la definen los actores sociales o individuos, por ello con lo que se trabaja es con el significado (Dey, 1993)

El objetivo de esta investigación no es la representación estadística, es la descripción y la comprensión a través de la riqueza en la información, del suministro de detalles, tópicos y experiencias en torno al fenómeno de la calidad de vida, desde la vivencia propia de los participantes y expresado en su propio lenguaje. En este sentido, la representación viene determinada más por exigencias de un trabajo intensivo en significación que por un trabajo extensivo en número de unidades (Penalva et. al, 2015)

3.5. Procedimiento

3.5.1. Proceso de Recolección de información

I. Diseño del instrumento

En la búsqueda por obtener datos que serán convertidos en información, Hernández (2006) afirma que, al tratarse de personas los datos que interesan son conceptos, percepciones (concepciones), imágenes mentales, creencias, emociones interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes ya sea de manera individual, grupal o colectiva, cuya finalidad es analizarlos y comprenderlos.

Según Vargas (2012), uno de los instrumentos más utilizados en la investigación con enfoque cualitativo para la recolección de información es la entrevista. A través de ésta es posible mediante la interacción entre el investigador y el entrevistado obtener información y el acceso a los aspectos cognitivos o a la percepción de la persona sobre factores sociales o personales que condicionan una determinada realidad (López, 2011).

Teniendo en cuenta que el interés de esta investigación no es generalizar datos, sino llegar a la profundidad de éstos, se busca ahondar en los discursos de los adultos mayores usuarios de ayuda auditiva bilateral, a través de la interacción y del dialogo, en

el que de manera natural, espontánea y profunda puedan fluir por parte del participante todas esas experiencias, recuerdos y vivencias propias y ser captados por quien investiga con toda la riqueza y carga de significados, concepciones y/o percepciones que tienen y la relación que guardan con la calidad de vida.

Dentro de las diferentes clases de entrevista que hay, la semiestructurada se caracteriza por su flexibilidad y especialmente por el uso de un guion, con el que se busca abarcar los contenidos, tópicos y aspectos de interés.

Por tal motivo y acorde con el enfoque y diseño de esta investigación, se opta por la entrevista semiestructurada como técnica para indagar o recabar información sobre cómo un grupo de adultos mayores usuarios de adaptación auditiva bilateral experimenta y como tal percibe su calidad de vida, desde las dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Dichas dimensiones se toman de las establecidas en el WHOQOL, instrumento creado por la OMS y en el contexto de la salud uno de los más utilizados a nivel transcultural por su confiabilidad y validez para medir la calidad de vida en personas sanas como con enfermedades crónicas.

Es así como, el guion de entrevista de esta investigación (Ver Anexo 1), se construye a partir de las cuatro dimensiones establecidas en el WHOQOL a saber: dimensión física, dimensión psicológica, relaciones sociales y ambiente, las que para efectos de este estudio se determinan como las categoriales generales y en torno a ellas se plantean una serie de preguntas acordes con el contenido o base conceptual que las sustenta.

La razón para tomar como referencia las dimensiones del WHOQOL, es su validez y confiabilidad en la medición de la calidad de vida en relación con la salud, pero desde una perspectiva o enfoque cualitativo cuya metodología propone la complementariedad de los datos suministrados por el WHOQOL generalmente abordados con enfoque cuantitativo y presentados mediante la estadística para establecer perfiles sobre la percepción de los individuos.

En esta dirección se toman como referencia las preguntas que para cada dimensión están diseñadas de manera cerrada con opciones de valor (nada, poco, lo normal,

bastante satisfecho y muy satisfecho) en el WHOQOL y se plantean desde otro enfoque, es decir, de manera abierta y flexible, puestas en un guion de entrevista, con opción de ser ampliadas, complementadas y si es pertinente, indagadas de manera diferente durante la entrevista. El propósito de este planteamiento es promover a través de ellas un diálogo y la libertad de expresar todo lo que el participante considere y desee compartir, sin límites establecidos y sin pautas para que su respuesta sea inducida o sesgada. De esta manera se tiene en cuenta además del contenido, un planteamiento coherente con el enfoque, diseño y objetivos de esta investigación.

A través de preguntas abiertas y en respuesta a éstas los relatos, se busca favorecer una dinámica comunicativa, de interacción con el fin de promover lo que Janesick (1998) planteó como: “la construcción conjunta de significados respecto al fenómeno”, que para el estudio responde a la calidad de vida.

En cuanto a la estructura del guion, se encuentra en primer lugar los datos sociodemográficos. Posterior a estos se encuentran las primeras preguntas que son de tipo general e introductorias, con el fin de promover un ambiente de confianza y la oportunidad para ir acercando al entrevistado o centrando su atención en el tema de indagación. Luego se encuentran las preguntas divididas por categorías.

Para la elaboración de las preguntas de cada categoría, se llevó a cabo la siguiente dinámica:

1. Revisión de las preguntas planteadas en cada uno de los dominios o dimensiones del cuestionario WHOQOL 100. La razón de revisar este y no su versión abreviada (WHOQOL BREFF) fue la amplitud en la cantidad de preguntas en cada dimensión y para cada una de las facetas incorporadas en estos.
2. Se eligieron las facetas a abordar de cada dimensión subrayadas en el cuadro (Ver Tabla 1) según la pertinencia para esta investigación, teniendo en cuenta la población objeto, es decir, adultos mayores con pérdida auditiva, de quienes se quiere conocer y describir su percepción frente al fenómeno de la calidad de vida, pero relacionado con el hecho de ser usuarios de ayuda auditiva bilateral.

3. Se tomaron las preguntas de las facetas elegidas en cada dimensión o dominio y se formularon con una estructura diferente y con un contenido que, sin salirse de la faceta seleccionada, estuviera dirigido específicamente para la población del estudio, sus características y el objetivo por el cual indagar en esta investigación. En el cuadro se relacionan las preguntas que se plantean en el WHOQOL para las facetas seleccionadas, con su valor asignado de respuesta y en la columna siguiente se encuentra la pregunta elaborada para esta investigación, bajo el enfoque cualitativo, razón por la que se plantea de manera abierta, sin opción o límite determinado para su respuesta.

En la tabla 1., se encuentran las dimensiones y/o dominios que para efectos de esta investigación se establecen como las categorías generales y las facetas que conforman las dimensiones se establecen como las subcategorías del estudio.

Tabla1.
Categorías, subcategorías y preguntas

CATEGORIAS (Dimensiones del WHOQOL)	SUB-CATEGORIAS (Facetas de las Dimensiones del WHOQOL)	PREGUNTA EN WHOQOL	PREGUNTA CUALITATIVA
FISICA	- Dolor <u>Dependencia de medicinas</u> - Energía para la vida diaria - Movilidad - Sueño y descanso <u>Actividades de la vida diaria</u> - Capacidad de trabajo	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? *Nada. *Un poco. *Lo normal. *Bastante. *Extremadamente. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? *Muy insatisfecho/a. *Poco. *Lo normal. *Bastante satisfecho/a. *Muy satisfecho/a.	¿Cuáles fueron los factores que lo llevaron al uso de ayuda auditiva bilateral? ¿Cuéntenos, como considera Ud. que el uso de ayuda auditiva bilateral está relacionado con sus actividades de rutina? ¿Qué piensa Ud. de las ayudas auditivas y su uso diario?
PSICOLOGICA	<u>Sentimientos positivo</u>	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza,	¿Emocionalmente, qué sentimientos le genera el uso de ayuda auditiva bilateral?

	• Espiritualidad, religión, creencias personales • <u>Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración</u> • <u>Imagen corporal</u> • Autoestima • <u>Sentimientos negativos</u>	desesperanza, ansiedad, o depresión? *Nunca. *Raramente. *Moderadamente. *Frecuentemente. *Siempre. ¿Cuál es su capacidad de concentración? *Nada. *Un poco. *Lo normal. *Bastante. *Extremadamente. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? *Nada. *Un poco. *Lo normal. *Bastante. *Totalmente.	¿Cómo ha sido su experiencia en aspectos como el aprendizaje, la memoria y la concentración, antes y después del uso de ayudas auditivas bilaterales? ¿Con respecto a la parte estética, describa como se ve y se siente con el uso de ayuda auditiva bilateral?
RELACIONES SOCIALES	• <u>Relaciones personales</u> • Actividad sexual • <u>Apoyo social</u>	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales? *Muy insatisfecho/a. *Poco. *Lo normal. *Bastante satisfecho/a. *Muy satisfecho/a. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as? *Muy insatisfecho/a. *Poco. *Lo normal. *Bastante satisfecho/a. *Muy satisfecho/a.	¿Que nos puede decir acerca de sus relaciones familiares, antes y después de ser usuario de ayuda auditiva bilateral? ¿Cómo ha sido esa experiencia de escucha con y sin ayuda auditiva bilateral, en actividades sociales? Nos puede relatar, ¿cómo perciben sus familiares y amigos que Ud. sea usuario de ayuda auditiva bilateral? ¿De qué manera su familia y amigos han participado en su experiencia como usuario de ayuda auditiva bilateral?
AMBIENTE	• <u>Libertad y seguridad</u> • <u>Ambiente físico</u> • <u>Recursos económicos</u> • <u>Oportunidad de información</u> • Ocio y descanso • Hogar	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria? *Nada. *Un poco. *Lo normal. *Bastante. *Totalmente	Desde su experiencia, ¿cómo ha sido el acceso a la información en las actividades de la vida diaria con el uso de ayuda auditiva bilateral? ¿Cómo ha sido su experiencia en el entorno físico en el que vive,

• <u>Atención sanitaria/social</u> • Transporte	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor? *Nada. *Un poco. *Lo normal. *Bastante. *Extremadamente	respecto al clima y ruido, teniendo en cuenta que es usuario de ayuda auditiva bilateral?
	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? *Nada. *Un poco. *Lo normal. *Bastante. *Totalmente	¿Qué relación considera Ud. tienen los recursos económicos y el uso de ayuda auditiva?
	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? *Muy insatisfecho/a. *Poco. *Lo normal. *Bastante satisfecho/a. *Muy satisfecho/a	Cuéntenos, ¿cómo ha sido su experiencia con el sistema de salud, con su EPS y los profesionales que lo atienden?

Para el apartado de preguntas generales, las cuales tienen como fin introducir al participante y dirigirlo hacia el tema de interés y propósito de la entrevista, se indaga sobre aspectos como la calidad de vida, el uso de ayudas auditivas y la salud puntualmente auditiva. En la elaboración de las preguntas para este apartado, de igual manera se tomó como base las preguntas generales realizadas en el WHOQOL y se plantean acorde al diseño del estudio (Ver Tabla 2)

Tabla 2.
Preguntas introductorias en guion de entrevista

	PREGUNTA EN WHOQOL	PREGUNTA CUALITATIVA
CONCEPTO CALIDAD DE VIDA	¿Cómo calificaría su calidad de vida? • Muy mala • Regular • Normal • Bastante buena • Muy buena	¿Cómo describe su calidad de vida?
CONCEPTO SALUD	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud? • Muy satisfecho/a • Un poco satisfecho/a • Lo normal • Bastante satisfecho/a • Muy satisfecho/a	Me podría decir, ¿qué es para usted salud auditiva?

II. Validación del Instrumento

La validez, definida como “el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido” (Martín, 2004), puede referirse al contenido o al constructo (Garrote et. al., 2015).

La validación del instrumento de recolección de información que para este estudio corresponde al guion de entrevista se realizó en dos momentos: el primero se adelantó a través de una prueba piloto con dos sujetos y en el segundo momento se pidió el apoyo de dos audiólogos expertos para que hicieran aportes complementarios al instrumento.

Para el guion de entrevista, se diseñó un guion preliminar (Ver Anexo 2) con una serie de preguntas generales correspondientes al tema de interés y población, el cual fue aplicado a un sujeto con el fin de tener una primera aproximación en la indagación e identificar si los aspectos en contenido elegidos eran pertinentes y suficientes.

Los resultados de esta prueba piloto dieron lugar a ajustes en cuando al contenido, planteamiento de las preguntas y organización de las mismas a fin de mantener un hilo conductor y mayor cubrimiento en los temas a abordar durante la entrevista.

En el diseño de este segundo guion (Ver Anexo 3) se tuvieron en cuenta para la elaboración de las preguntas, por un lado, el contenido acorde a las facetas de los dominios o dimensiones del WHOQOL, de donde provienen las categorías establecidas para esta investigación, y en segundo lugar, el diseño de la investigación en términos de lo fenomenológico que plantea una estructura abierta y enfocada en la experiencia.

Tabla 3.
Observaciones al primer preliminar del guion de entrevista

GUION PRELIMINAR	SEGUNDO GUION OBSERVACIONES
¿Como se siente emocionalmente desde que utiliza ayudas auditivas y por qué?	Antes de iniciar con las preguntas sobre el tema de interés, se incluyen preguntas introductorias. Esta pregunta debe plantearse como parte de una categoría y se debe ampliar la indagación de la categoría a la que corresponde.
¿Cómo es la sensación de escucha sin el uso de ayudas auditivas y con el uso de ayudas auditivas, en: ambientes ruidosos, silenciosos, en reuniones familiares y sociales, en ambiente externo, para la música, con el uso del teléfono, viendo televisión, escuchando radio, para mantener una conversación, en su actividad laboral, en sus actividades cotidianas, ¿en actividades de la vida sociales (iglesia, clubes, junta local)?	Se organizan las preguntas teniendo en cuenta las dimensiones del WHOQOL que para efectos de esta investigación corresponde a las categorías. • Física • Psicológica • Relaciones Sociales • Ambiente De igual manera se tiene en cuenta y elige de cada dimensión o dominio del WHOQOL las facetas que estos incluyen y que, para el presente estudio corresponde a las subcategorías.
¿Cómo es su salud auditiva con el uso de ayudas auditivas y sin ellas?	Se incluye esta pregunta como introductoria o general y se omite el antes y después del uso de ayuda auditiva.
¿Qué beneficios siente con el uso de sus ayudas auditivas?	La palabra “beneficio” puede inducir la respuesta, hacia la idea de presentarse el beneficio como relación directa con uso de ayuda auditiva
¿Percibe algún tipo de cambio en sus expectativas y bienestar antes y después del uso de ayudas auditivas?	El interés no se dirige al cumplimiento como tal de la expectativa, sino a la relación que pueda establecer entre el uso de ayuda auditiva con la calidad de vida. Al igual que en el punto anterior la palabra “bienestar” puede inducir la respuestas en el participante
¿Cuál es la relación costo beneficio que tiene con las ayudas auditivas?	Se cambia el planteamiento de las preguntas y se incluyen dentro de la categoría Ambiente, ya que corresponden con la temática de las subcategorías de esta categoría.
¿Siente acompañamiento profesional por parte de su audiólogo?	
¿Siente que los procesos administrativos de su EPS facilitan o dificultad el acceso a sus ayudas auditivas?	

Con este segundo guion se realiza una segunda prueba piloto a un sujeto y es de igual manera sometido al juicio de dos expertos especialistas en audiología (Ver Anexo 4), con experiencia en evaluación, diagnóstico e intervención en población adulta mayor con pérdida auditiva mediante adaptación de ayudas auditivas.

Tabla 4.

Observación de los jueces expertos al segundo preliminar del guion de entrevista

SEGUNDO GUION	OBSERVACION POR PARTE DE EXPERTOS
Hábleme de usted, que hace, a que se dedica, con quien vive....	Consideran que las preguntas introductorias permiten el acercamiento e introducción del participante en el tema de interés y promueven la empatía y confianza del participante.
¿Con sus palabras me podría decir que es para usted salud auditiva?	La pregunta sobre la relación de calidad de vida y la salud auditiva, consideran debe plantearse en el mismo sentido que la de salud auditiva sin inducir que hay una relación.
¿Cree usted que su salud auditiva está relacionada con la calidad de vida y por qué?	La pregunta sobre los factores que llevaron al participante al uso de ayuda auditiva, la consideran como un aspecto a analizarse dentro de la categoría física.
¿Qué factores lo llevaron al uso de ayuda auditiva bilateral?	
¿Cuéntenos el uso de ayuda auditiva influye en las actividades de su vida diaria? ¿Y de qué manera?	Se deben omitir palabras como: “influye” por el sesgo o influencia que puede tener en la respuesta del participante
¿Cómo percibe su autonomía e independencia para realizar las actividades de rutina y de interés, antes y después del uso de ayuda auditiva bilateral?	Con respecto a la pregunta planteada en la categoría Ambiente sobre autonomía e independencia al realizar las actividades de la vida diaria, observan que posiblemente en la indagación de las preguntas de la categoría física, es un aspecto que de manera libre el participante puede expresar, sin que se induzca a ello con una pregunta como tal.
En términos generales consideran acertada la estructura y organización del guion, así como el lenguaje utilizado en el planteamiento de las preguntas ya que tiene correspondencia con el diseño en el que se enmarca la investigación, destacando los términos que invitan a la descripción, al relato desde la experiencia, y los que permiten respuestas abiertas como: “cuéntenos”, “nos podría decir...”, “hablar acerca de...”, “relatar...”.	

El juicio de expertos es un método de validación útil para verificar la fiabilidad de una investigación que se define como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (Escobar, 2008). Es aquí donde la tarea del experto se convierte en una labor fundamental para eliminar aspectos

irrelevantes, incorporar los que son imprescindibles y/o modificar aquellos que lo requieran (Garrote et. al., 2015).

El número de expertos elegidos fue determinado por la posibilidad de acceso a ellos y la experticia en función de su experiencia en el área de la audiolología específicamente en población adulta mayor usuaria de ayuda auditiva bilateral, por lo cual la valoración a la que son invitados corresponde a los ítems de pertinencia y suficiencia en contenido de las preguntas; sin embargo, se tiene en cuenta también su juicio de valor en cuanto a la organización y estructura de las preguntas y finalmente su coherencia con el diseño de la investigación. (Ver Anexo 5)

La evaluación mediante el juicio de expertos, según Cabero y Llorente (2013) consiste en: “solicitar a una serie de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza, o su opinión respecto a un aspecto concreto” (pag.14). Se trata de una técnica cuya realización adecuada desde un punto de vista metodológico constituye a veces el único indicador de validez de contenido del instrumento de recogida de datos o de información (Escobar, 2008); de ahí que resulte de gran utilidad en la valoración de aspectos de orden radicalmente cualitativo (Garrote et. al., 2015)

El resultado de la evaluación de los expertos es tenido en cuenta para la realización de modificaciones puntuales como la inclusión de preguntas generales que permitan un ambiente empático y la oportunidad de ir introduciendo al entrevistado en el tema y los tópicos abordados. Se ajustan algunas preguntas en cuanto al uso de términos más relacionados y coherentes con el diseño de la investigación, lo que reduce el riesgo de sesgos, inducir respuestas y la invitación a que el entrevistado comparta libremente y sin límite su experiencia en sus propias palabras.

Siguiendo con lo expuesto por Garrote (2015) en el caso que como éste el número de jueces fue bajo, se valoró el grado de acuerdo entre ellos cotejando sus respuestas de modo contrastado.

La versión final del guion de entrevista (Ver Anexo 1) quedó definida para su aplicación a los participantes una vez se efectuaron todos los ajustes resultantes de la prueba piloto y de los aportes de los dos audiólogos que actuaron como jueces expertos.

III. Diseño del consentimiento informado (Ver Anexo 6)

De manera universal, el consentimiento informado se fundamenta en el principio de autonomía y en la libertad de una persona mentalmente competente para aceptar o rechazar cualquier forma de participación, intervención o procedimiento de investigación (Dhar, 2012), y se constituye en un acuerdo de voluntades entre el investigador y el sujeto participante, que deberá regirse bajo las dimensiones de confianza, sinceridad, claridad, respeto, ausencia de manipulación, engaño o coerción (Saavedra, 1999).

Es así como, en la elaboración del consentimiento informado para esta investigación, se siguen los lineamientos establecidos en el marco legal Colombiano con la Resolución 8430 de 1993, en el que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según Carreño (2016), por esta se define el riesgo de las investigaciones clínicas y aquellas que se consideren con un riesgo superior al mínimo, decretando deben contar con el consentimiento informado firmado por escrito por el sujeto o por su representante legal.

El Artículo 14 de la Resolución 8430 de 1993 señala: “Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.”

En el diseño del formato de consentimiento informado se tuvo en cuenta para la información en él contenida, su presentación con un lenguaje sencillo, sin tecnicismos, con claridad y suficiencia, es decir, en el que todos los aspectos contenidos le permitan a la persona tener la información necesaria y suficiente para determinar su voluntad de participación o no en la entrevista como técnica de recolección de información para el estudio.

Los aspectos que se relacionan en el consentimiento informado elaborado para este estudio fueron: el título del estudio, el propósito del estudio, los lineamientos base para su elaboración, es decir, los principios sobre la dignidad humana y protección de sus derechos y libertades fundamentales. Se informa sobre el aval de un Comité de Ética para el estudio. Se describe en qué consiste la participación en caso de manifestar su voluntad en ello, el lugar y duración de la entrevista, la grabación en audio de la misma, el tipo de riesgo, la protección, confidencialidad y manejo de la información suministrada y de sus datos; el mantenimiento en la exactitud de la información recabada, el uso o fin de la información suministrada en la entrevista, la posibilidad de acceder a los resultados de la investigación cuando lo requiera y la voluntad de participar o retirarse en el momento que así lo desee. Se finaliza con el apartado para las firmas del participante y testigo.

IV. Aplicación de la entrevista

Se aplicaron cinco (5) entrevistas en total, en un periodo comprendido entre el 22 de abril y el 14 de mayo de 2021. En la Tabla 5, cada participante se encuentra caracterizado a través de un seudónimo; se referencia además la fecha en que fue adaptado con ayuda auditiva, se detallan sus perfiles, y aspectos sociodemográficos, (tales como la edad, ocupación, escolaridad, estrato socioeconómico, estado civil y el antecedente audiológico) y finalmente en la última columna se presenta la duración de cada entrevista.

Tabla 5.
Perfil de los participantes del estudio

SEUDÓNIMO	FECHA ADAPTACION	PERFIL	DURACION ENTREVISTA
Juan	Enero 25 de 2018	Edad: 83 Ocupación: Pensionado (fotoperiodista independiente) Escolaridad: Técnico Estado Civil: casado Estrato: Tres Antecedente audiológico: Presbiacusia	36:53 minutos
Tomas	25/01/2018 Izquierdo	Edad: 81 Ocupación: Docente	15:30 minutos

	01/04/2018 Derecho	Escolaridad: Profesional Estado Civil: Casado Estrato: Tres Antecedente audiológico: Exposición a ruido	
Flor	31 de mayo de 2017	Edad: 66 Ocupación: Pensionada (Auxiliar circulante de salas) Escolaridad: Técnico Estado Civil: Soltera Estrato: Dos Antecedente audiológico: Exposición a ruido	19:28 minutos
José	23 de enero de 2018	Edad: 83 Ocupación: Agrónomo Escolaridad: Postgrado Estado Civil: Casado Estrato: Cinco Antecedente audiológico: Presbiacusia y exposición a ruido (impacto)	33:48 minutos
Carmen	Febrero de 2016	Edad: 64 Ocupación: Rehabilitadora – Docente Postgrado Escolaridad: Postgrado Estado Civil: Soltera Estrato: Cuatro Antecedente audiológico: Exposición a ruido	29:27 minutos

Para la aplicación de la entrevista, se tomó como base del documento de Moreno (2014) algunas orientaciones generales, desde una perspectiva fenomenológica en el contexto de la investigación. Se tiene en cuenta en el diseño y aplicación de la entrevista a través del guion el aspecto relacional, al considerar que los relatos y expresiones de los participantes se obtienen a través de un proceso de dialogo e interacción, bajo un clima de confianza, respeto y seguridad.

En la búsqueda de esas expresiones genuinas, se reconoce la importancia de favorecer un ambiente en el que el participante se sienta respetado, aceptado, comprendido, no evaluado, interrogado o señalado. Por lo anterior, durante las entrevistas realizadas fue importante cuidar y mantener actitudes y expresiones de cordialidad y atención por parte del entrevistador, buscando a través de una dinámica de intercambio comunicativo y en un ambiente o espacio cómodo, tranquilo y familiar para

el participante, comprender la forma particular y los significados que atribuye a esas experiencias vividas y compartidas en la interacción.

Metodología de aplicación de la entrevista

En cuanto a la parte técnica o el hacer, se presentan los aspectos tenidos en cuenta antes, durante y después de la entrevista para este estudio:

Antes de la entrevista:

- La construcción de un ambiente de empatía, confianza y dialogo que permita al participante sentirse seguro y tranquilo.
- Disposición del espacio físico y de tiempo.
- Alistamiento del dispositivo de grabación de audio, el consentimiento informado y libreta para tomar notas.
- Al finalizar la cita de control periódico, se realiza como tal el cierre de la consulta. Se dirige al paciente a otro espacio dentro de las mismas instalaciones de la IPS, dispuesto para que sea cómodo, privado y tranquilo para el desarrollo de la entrevista. Una vez ubicados en éste, se hace la introducción referente a la aplicación de la entrevista, se despejan dudas e inquietudes y se presenta el consentimiento informado que finaliza con la aprobación y voluntad del participante mediante el registro de su firma.
- Se diligencian los datos necesarios para caracterizar su perfil.
- Se comprueba el buen funcionamiento del sistema de registro de audio.
- Se tiene también listo el guion de entrevista.

Durante la entrevista:

- Se plantean las preguntas y se van orientando de manera que puedan complementarse o direccionarse con alguna intervención acorde a lo que el participante va expresando.

- Se mantienen las expresiones verbales y no verbales del entrevistador que demuestren una actitud de atención y seguimiento a lo que va contando el participante.
- Se mantiene el contacto visual durante la interacción, así como un tono e intensidad de voz constante, audible y bien articulado.
- Se propician los espacios o pausas para que el participante, se sienta en la libertad de expresar.
- Se permite al participante sin interrumpir, las intervenciones o expresiones sobre tópicos aparentemente desconectados del tema de interés, y que solo es posible así determinarlo atendiendo e intentado establecer el tipo de relación que puedan tener.
- No se enfatiza en puntos de vista o se toman posiciones respecto a ningún tópico planteado dentro del guion o fuera de él surgido de manera natural en la interacción.
- Se evita los roles de autoridad, no se dan consejos ni valoraciones.
- Se van tomando decisiones en el planteamiento de las preguntas o el vocabulario, en su extensión, según se identifique la comprensión o el seguimiento que le pueda ir dando el participante a la dinámica y contenido mismo sobre el tema de interés.
- Se agradece a la persona por su colaboración

Después de la entrevista

- Se registran los datos básicos de cada participante en base de datos en Excel, creando cuadro con perfiles, se asigna a cada participante un seudónimo y se registran los datos de edad, ocupación, escolaridad, estrato, antecedente audiológico, fecha de adaptación y por último duración de la entrevista
- Se transcribe el contenido de las grabaciones con el material de audio
- Se realiza cuadro en Excel con matriz para el ingreso de la información y posterior análisis (que se detalla en el siguiente apartado).

3.5.2. Proceso de Análisis de información

I. Técnicas para el Análisis de la Información

Uno de los pasos más importantes y críticos en la investigación con enfoque cualitativo es el análisis de los datos. Este proceso o fase requiere la consolidación, organización y reducción de los datos a interpretarse, dando sentido y dotando de significado los datos suministrados por los participantes (Merriam, 1998).

Para Hernández, (2006) “el proceso esencial del análisis consiste en que recibimos datos no estructurados y los estructuramos” (p. 624). Dar estructura a los datos, implica según (Grinnell, 1997) un proceso de organización de unidades, categorías y patrones de información.

El Análisis de Contenido como técnica de análisis

La técnica utilizada para el análisis de la información de esta investigación es el Análisis de Contenido. Esta técnica según Cáceres (2003) es aplicable a la reelaboración y reducción de datos, que se beneficia del enfoque emergente propio de la investigación cualitativa. Uno de los objetivos a alcanzarse con esta técnica es la de destacar como tal el contenido manifiesto, pero también el latente de los datos al analizarlos (Bardin, 1996; Krippendorff, 1990; Mayring, 2000).

Dada la forma en que los datos en este caso los relatos están organizados a través del uso de una matriz, se busca llegar a la descripción y a la interpretación de los datos, producto de relaciones e inferencias entre los tópicos y la relación de éstos con el tema central o fenómeno de interés. Una vez preparados los datos, se disponen para el análisis y discusión.

Diseño de la matriz de análisis

Completo el proceso de recolección de los datos se continuó con la realización de una matriz de contingencia de codificación de segmentos que se encuentra basada en las

proposiciones de Osgood en Bardin (1996). La matriz se diseña con un formato básico que consiste en el cruce o intersección de una lista de filas y columnas.

Es así como, se compone de cuatro columnas que se han clasificado de la siguiente manera: ID identificador que señala el número de segmento; seudónimos para hacer referencia al nombre o el “alias” usado para la identificación de los participantes; el segmento donde se exponen los apartados importantes y significativos de los relatos tal y como fueron expresados por los participantes, es decir, en sus propias palabras durante la entrevista y que se constituyen en el elemento o unidad de análisis del estudio; finalmente se encuentra la columna de códigos que hace referencia a cada categoría con sus respectivas subcategorías. En las filas de la matriz aparecen los segmentos acorde a cada participante y en el orden en que se realizaron las entrevistas.

En cuanto a los códigos, éstos fueron designados en base a las categorías de análisis: dimensión física (DF), dimensión psicológica (DP), relaciones sociales (RS) y ambiente (A), con sus respectivas subcategorías, distribuidas y también codificadas (Ver Tabla 6).

Tabla 6.
Categorías de Análisis con sus correspondientes subcategorías y códigos

CODIGO	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CODIGO SUBCATEGORIA
DF	Dimensión física	1. Factores determinantes en el uso de ayuda auditiva bilateral	FD-AB
		2. Habilidad para realizar actividades de la vida diaria y uso de ayuda auditiva bilateral	HAD-AB
DP	Dimensión Psicológica	1. Imagen corporal y uso de ayuda auditiva bilateral	IC-AB
		2. Funciones superiores y uso de ayuda auditiva bilateral	FS-AB
		3. Emociones y uso de ayuda auditiva bilateral.	E-AB
RS	Relaciones Sociales	1. Relaciones personales y uso de ayuda auditiva bilateral	RP-AB
		2. Actividades sociales y uso de ayuda auditiva bilateral	AS-AB
		3. Apoyo de familiares y amigos y uso de ayuda auditiva bilateral	AFA-AB

A	Ambiente	1. Acceso a la información en actividades de la vida diaria y ayuda auditiva bilateral.	AI-AB
		2. Factores del entorno físico y uso de ayuda auditiva bilateral.	FEF-AB
		3. Recursos económicos y uso de ayuda auditiva bilateral	RE-AB
		4. Oportunidad y Acceso a los servicios de salud y uso de ayuda auditiva bilateral	OAS-AB

En las tablas siguientes se realiza una breve descripción que permite contextualizar sobre las categorías (Tabla 7) y las subcategorías (Tabla 8)

Tabla 7.
Descripción categorías de análisis

CATEGORIA	DESCRIPCION
Física	En adultos mayores se encuentra vinculado con la percepción de salud que a la vez depende, en buena medida, de su capacidad funcional, en el que sentirse útil, con capacidad para realizar cualquier actividad, favorece el desarrollo de la autoestima, una mejor sensación de satisfacción con la vida y una reducción en los estados depresivos, que han demostrado tener relaciones significativas con indicadores objetivos como son la presencia de enfermedades crónicas, el tiempo con el que han convivido con la enfermedad, y la complicación de la enfermedad, entre otros (Vivaldi, 2012)
Psicológica	Referido al bienestar emocional, relacionado entre otros indicadores de calidad de vida, con ausencia de niveles altos de estrés, experiencias positivas, seguridad y protección para las personas mayores. (Fajardo, 2016) Es un importante indicador de salud y bienestar, se define generalmente como una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia la persona, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (Sebastian, 2007).
Relaciones Sociales	Las relaciones sociales constituyen el corazón del funcionamiento social del adulto mayor. Se refieren a la red de contactos y relaciones sociales del individuo (Botero, 2007). Tejido de personas con las que se comunica un individuo, características de los lazos que se establecen y tipo de interacciones que se producen (Otero, et. al, 2006)
Ambiente	Relacionado con el entorno, con los factores externos a cada individuo pero que pueden llegar a influir sobre el mismo, frente a la realización o desempeño en sociedad, en la capacidad de una persona o tanto en sus estructuras y funciones corporales (OMS, 2021) El entorno o medio ambiente en el informe Lalonde (1974) se encuentra relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socioculturales y psicosociales relacionados con la vida en común.

Tabla 8.
Descripción Subcategorías

CATEGORIA	SUB	DESCRIPCIÓN
CATEGORIAS		
DF	FD-AB	En cuanto a los factores determinantes o que llevan a la toma de decisión en el uso de ayuda auditiva bilateral en el adulto mayor, se toma la referencia de la OMS (2008) respecto a los factores determinantes en salud y la referencia de Lalonde (1974) en cuanto a la variedad de factores implicados en el abordaje de la salud, en el que se incluye entre otros la salud auditiva y que para efectos de este estudio se orienta hacia la relación que el adulto mayor con pérdida auditiva realiza entre los factores que percibe y determinan la necesidad de mejorar dicha condición con el uso de ayuda auditiva bilateral. Los factores determinantes en salud se establecen como las condiciones individuales a nivel físico, funcional, y las del entorno a nivel social y cultural que influyen en la posibilidad de tener buena salud (OMS, 2008) Abarca desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud (Lalonde, 1974).
	HAD-AB	La habilidad se refiere al grado de destreza que una persona tiene para ejercer determinada actividad. Existen diferentes tipos de habilidad. Las actividades de la vida diaria comprenden todas aquellas tareas y rutinas típicas que una persona realiza diariamente y que le permiten vivir de manera autónoma e integrada en la sociedad, cumpliendo así su rol dentro de ella. Existen actividades básicas orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo, las instrumentales hacia la interacción con el medio, las de educación, de trabajo, las de entretenimiento y ocio, las de participación social. “Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar” (Christiansen, 2001) En el adulto mayor con pérdida auditiva se busca la relación entre el uso de ayuda auditiva bilateral con respecto a las habilidades en las actividades de la vida diaria.
DP	IC-AB	La imagen corporal constituye la percepción, el conocimiento y el sentir de cada persona respecto a su propio cuerpo. Es el resultado de la relación entre individuo y medio (Wallon, 1987). La imagen corporal es un constructo subjetivo, se compone según Cash (1990) y Thompson (1990) de distintas variables o aspectos en los que se encuentran los perceptivos (manera en la que percibe su cuerpo), los cognitivo-afectivos (actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones e incorpora desde la parte emocional experiencias de satisfacción, placer, displacer,

		disgusto, impotencia, etc.) y los conductuales (derivados de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo) Con respecto al uso de ayuda auditiva bilateral en el adulto mayor se indaga sobre la manera cómo influye o impacta dicho uso con la percepción que tiene de sí mismo o autoimagen desde los aspectos que la componen.
	FS-AB	Las funciones cerebrales superiores forman el sustrato afectivo, cognoscitivo y de acción con el que la persona se enfrenta a la existencia para, al captarla íntegramente, planear un proyecto de vida, llevar a cabo las acciones premeditadas y sostenidas para desarrollarlo y, así, transformarse y modificar el entorno favorablemente (Contreras y Trejo, 2006) En ella se incluyen la memoria, la atención, el lenguaje, las gnosias, el esquema corporal, el aprendizaje, la orientación espacial, las praxias, las funciones ejecutivas, entre otras. Teniendo en cuenta que en el proceso de envejecimiento se presenta un deterioro físico y cognitivo, que junto a la hipoacusia incrementa los efectos de la degeneración de algunas funciones superiores (Guimerà y Altuna, 2013) como la memoria, la atención entre otros se constituye en la razón por la que se busca sondear de qué manera se relaciona e influye en las funciones superiores del adulto mayor el uso de ayuda auditiva bilateral.
	E-AB	Se entiende por emoción el conjunto de reacciones orgánicas que experimenta un individuo cuando responden a ciertos estímulos externos que le permiten adaptarse a una situación con respecto a una persona, objeto, lugar, entre otros. (Pérez, 2021) La palabra emoción deriva del latín <i>emotio</i>, que significa “movimiento”, “impulso”. La emoción se caracteriza por ser una alteración del ánimo de corta duración, pero, de mayor intensidad que un sentimiento. Las emociones son las causantes de diversas reacciones orgánicas que pueden ser de tipo fisiológico, psicológico o conductual, es decir, son reacciones que pueden ser tanto innatas como estar influenciadas por las experiencias o conocimientos previos (Pérez, 2021) En este apartado se busca identificar las emociones que puede generar en el adulto mayor el uso de ayuda auditiva bilateral.
RS	RP-AB	Las relaciones personales constituyen la red de vínculos interpersonales que fomenta el sentido de pertenencia y proporciona oportunidades para la participación social, la realización de actividades agradables y el disfrute de experiencias en compañía de otras personas (Navas y Guerrero, 2016) La interacción con otras personas resulta fundamental en el desarrollo de la propia identidad y autoestima, haciendo posible la representación de diversos roles e incrementando la percepción de estabilidad y control sobre el entorno (Cohen, 2003; Vaux, 1988). Las relaciones

		interpersonales constituyen además una importante fuente de recursos psicosociales de diversa índole, facilitando información y consejo, ayuda material e instrumental, y apoyo emocional o afectivo (Navas y Guerrero, 2016) En el adulto mayor con pérdida auditiva se busca explorar sobre las dinámicas o los aspectos de las relaciones personales, relacionadas en el proceso y experiencia como usuario de ayuda auditiva bilateral.
	AS-AB	Una actividad social es una interacción que se realiza entre dos o más personas con el fin de compartir un tema en común, deporte o cualquier actividad. La actividad social se entiende como participación social significativa, o como “el proceso de interacción personal que consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta”. (Berriel y Lladó, 2004) Teniendo en cuenta que las actividades sociales ofrecen diversos beneficios a nivel físico, psicológico y social (Carmona, 2010) se busca identificar en cuales de éstos el adulto mayor siente beneficio y se encuentran relacionados con el uso de ayuda auditiva bilateral
	AFA-AB	Siguiendo a Gómez y Cursio (2000) el apoyo social es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas al adulto mayor por parte de otras personas. Es toda aquella información que aporta al individuo la sensación de ser cuidado, querido y valorado (Cobb, 1976) Desde el significado que sobre apoyo social se menciona, este estudio busca explorar en el adulto mayor con pérdida auditiva, como perciben y han participado sus familiares y amigos en el proceso de acceso y uso de ayuda auditiva bilateral.
A	AI-AB	Según el observatorio de accesibilidad (s.f.), el acceso a la información se puede definir como la cualidad que facilita que cualquier persona - incluso aquellas que tengan limitaciones en la movilidad, en la comunicación o el entendimiento - pueda llegar a un lugar, objeto o servicio. En el caso de los adultos mayores de este estudio, se busca sondear la relación entre el uso de ayuda auditiva bilateral y la percepción de sonidos del ambiente y del lenguaje oral, que faciliten en el contexto social el acceso a la información.
	FEF-AB	Según la RAE (2020) el entorno se refiere a lo que rodea, al ambiente. El ambiente según la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio ambiente Humano, realizada en Estocolmo, en 1972, es definido como “el conjunto de elementos físicos, químicos, biológicos y de factores sociales, capaces de causar efectos directos o indirectos, a corto o largo plazo, sobre los seres vivos y las actividades humanas”

	Dentro de éste se incluyen los factores físicos que engloban las condiciones externas. Contemplan aspectos como la temperatura, la iluminación, el ruido, los olores, etc.... algunos de ellos de origen atmosférico y otros de diversa procedencia. Son factores que tienen influencia en la salud y comportamiento de las personas En este sentido se explora sobre la percepción que el adulto mayor tiene entre los aspectos físicos como el ruido y el clima y el uso de ayuda auditiva bilateral.
RE-AB	Los recursos son medios que permiten la satisfacción de necesidades o demandas, concretar tareas o actividades o lograr algo en la vida. Pueden ser de diverso tipo, en el caso de los económicos, consisten en aquellos recursos de tipo material o inmaterial que facilitan la satisfacción de necesidades (Ucha, 2015) Para el estudio se indaga en la manera o percepción que se tiene del recurso económico como factor determinante en el acceso y uso de ayuda auditiva bilateral en el adulto mayor.
OAS-AB	El sistema sanitario lo constituye el conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc., condicionado por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, así como la buena praxis y cobertura (Lalonde, 1974). En este estudio se indaga en el adulto mayor usuario de ayuda auditiva bilateral, su experiencia con el sistema de salud relacionado con el acceso y cobertura para el uso de ayudas auditivas bilaterales.

Metodología para el Análisis de la información

Ubicados los segmentos en la matriz de análisis (Ver Anexo 6) se realiza el análisis mediante el establecimiento de asociaciones en contenido del relato de los participantes con el contenido de la dimensión y específicamente de ésta con la subcategoría con la que mejor correspondencia tiene. Muchos de los relatos guardan más de una relación en contenido, lo que permite ubicarla en más de una subcategoría que bien puede corresponder a la misma dimensión o a una diferente.

Al finalizar con el establecimiento de dichas asociaciones, se realiza un ejercicio de tipo reflexivo que permite identificar en que categorías y subcategorías se encuentran los segmentos con mayor énfasis, especialmente relevante por el aporte que ofrece o sustento para el análisis e interpretación.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

4.1. Tipo de riesgo mínimo:

En este estudio se emplea el registro de datos a través de una entrevista semiestructurada donde se conocerán desde las experiencias de las personas mayores usuarias de adaptación auditiva bilateral, percepciones acerca de la calidad de vida. Al respecto, en el Artículo 11 de la Resolución 08430 de 1993, la investigación con riesgo mínimo corresponde a estudios en los que se emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes. Esta investigación presenta un riesgo mínimo ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada a nivel biológico, fisiológico, psicológico, ni social. Finalmente, teniendo en cuenta que la aplicación de la entrevista es de manera presencial en la Institución Prestadora de Salud IPS donde se recolecta la información, el procedimiento se llevará a cabo siguiendo los protocolos de Bioseguridad para la emergencia sanitaria COVID-19, estipulados y adoptados por dicha IPS.

4.2. Manejo de la información:

Los datos tomados tendrán un fin únicamente investigativo y se registrarán bajo la premisa de confidencialidad de los datos de acuerdo con la Resolución 1995 de 1999 y Ley 2015 de 2020. La información obtenida en esta investigación será mantenida en estricta reserva, garantizando su derecho a la intimidad personal y familiar y a su buen nombre durante el tratamiento de datos personales y en consecuencia todas sus actuaciones se registrarán por los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad por el grupo de investigación, así como lo estipula la Ley estatutaria 1581 de 2012.

4.3. Participación:

La población interesada en participar del estudio firmará y autorizará la toma de datos a través de un consentimiento informado. De acuerdo a lo estipulado en el artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993 en el consentimiento informado se presentará a los participantes del estudio la información sobre el mismo de manera clara y completa, relacionada con: la justificación y los objetivos de la investigación; el procedimiento que

se va a realizar; los riesgos esperados (que para este caso son mínimos); la garantía de recibir respuesta o aclaración a cualquier pregunta o inquietud sobre la investigación en la que participa; la libertad de participar o retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación en caso de que el participante así lo desee, sin que por esta razón se genere algún perjuicio; la seguridad de su identificación y el mantenimiento en la confidencialidad de la información suministrada y también relacionada con su privacidad y finalmente el compromiso en el acceso a los resultados del estudio (Ver Anexo 2)

4.4. Beneficios para la población de estudio:

La oportunidad que tiene esta población para expresar y manifestar su experiencia como usuarios de ayuda auditiva bilateral, que, al ser abordada desde las dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, permiten a través de este estudio de carácter investigativo, el acercamiento a una visión integral y real sobre su percepción de calidad de vida.

4.5. Compromisos:

Como lo menciona la declaración universal sobre bioética y derechos humanos (2005) se promoverá el respeto de la dignidad humana y protección los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como velar por los intereses de cada participante y su bienestar (Rippel, et. al., 2016). De igual manera siguiendo lo establecido en el informe Belmont (1979) esta investigación se regirá sobre los tres principios básicos referidos al respeto a las personas, beneficencia y justicia, las cuales según lo menciona el informe son relevantes en la resolución de problemas éticos en la investigación con sujetos humanos.

De igual manera, en este estudio se acogen las orientaciones de la Política de Ética de la Investigación, Bioética e Integridad Científica en relación con una conducta responsable y de buena práctica científica, donde se garantice que los datos y los resultados de la investigación son veraces y que están protegidos los derechos, la integridad y la confidencialidad de los participantes del estudio. (Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS, 2018).

5. RESULTADOS Y DISCUSION

La Dimensión Física en la Calidad de Vida de las personas mayores con amplificación auditiva

En la categoría física, según el relato de los participantes, uno de los factores determinantes en el uso de ayudas auditivas fue el impacto que la pérdida auditiva generaba especialmente a nivel comunicativo, en donde el proceso de interacción en los diferentes contextos que hacen parte de la vida diaria del adulto mayor se ve afectado, generando como consecuencia estados de dependencia, incomodidad y aislamiento:

"Necesitaba que alguien estuviera conmigo para que me contara lo que estaban diciendo (...) antes a veces necesitaba que me repitieran las palabras, o que me aclararan algunas cosas porque no las captaba completamente" – Tomás

"en una reunión social, sin los audífonos esta uno aislado....." – Tomás

".....es muy incómodo no oír, no escuchar bien..... uno constantemente está necesitando oír cosas, oír conversaciones, charlar, ir uno a centros, por ejemplo ir uno a una entidad bancaria y a veces es difícil oír lo que le dice a uno el señor del cajero, por falta de buen oído, a veces definitivamente afecta todo...." – José

Se pone de manifiesto, cómo la audición se constituye en un elemento vital para la comunicación y al igual que en todas las etapas de la vida, en la tercera edad juega un papel fundamental para asegurar la independencia y mantener las redes sociales, ya que tal y como lo expresa Erdman (2006) citado por Leal et. al (2011) son estas las que aseguran una participación social activa y la ejecución de actividades. Lo cual advierte que, una buena comunicación proporciona al adulto mayor una mejor calidad de vida.

La audición, por tanto, es un proceso esencial en la comunicación interpersonal y la pérdida auditiva una condición que afecta de manera global la calidad de vida de las personas, de igual manera manifiesto por Castillo et. al. (2017) citando a Cañete (2009);

ya que se encuentran involucrados en este algunos otros procesos como los mentales, emocionales, ocupacionales, entre otros, que llevan a quien tiene pérdida auditiva a situaciones de aislamiento, estados de depresión y bajo interés para realizar las actividades de la vida diaria.

De esta manera podría establecerse la relación de la hipoacusia con la calidad de vida en varios niveles y al respecto Díaz (2016) citado por Zambrano et. al. (2019) así lo indican, resaltando dentro de los niveles que citan en su estudio: el social, por la referencia que hacen sobre los aspectos también puestos en evidencia por los participantes de esta investigación y que están relacionados con el bajo grado de autonomía en el desarrollo de actividades y la dificultad en el proceso de interacción, los cuales según estos autores son especialmente evidentes en la población adulta mayor. La pérdida auditiva y la reducción en la calidad de vida tienen una relación estrecha y al igual que Zambrano et. al (2019) citando a Ciorba (2012) se soporta como argumento de dicha relación las consecuencias psicosociales y el deterioro de la comunicación reflejadas en esta población.

La dificultad que presentan los participantes a nivel comunicativo y que socava su capacidad para mantener una dinámica de interacción y a través de ésta relaciones interpersonales activas y eficaces, guardan correspondencia con los autoinformes de impedimento auditivo a los que hace referencia Leal et. al., (2011) en los que se pone de manifiesto la manera como el deterioro en la audición los aparta del entorno en el que estuvieron activamente involucrados. Según Hull (1978) citado por Leal et. al., (2011) las dificultades comunicativas en el adulto mayor generan sensaciones como la frustración y ésta a su vez como estrategia el aislamiento.

Ahora bien, en todo este contexto se presenta el uso de ayudas auditivas, frente a lo cual los participantes manifiestan cambios en el desarrollo y desempeño de actividades de la vida diaria, destacando la favorabilidad en los procesos de interacción comunicativa en los diferentes contextos y ámbitos propios de su etapa de vida, dentro de los que ubican principalmente el proceso de comunicación con la familia. Así mismo actividades de ocio, a nivel social y laboral se ven también beneficiadas cuando hay uso de ayudas

auditivas bilaterales. La participación y vinculación activa a nivel social, el desempeño o habilidad para realizar actividades y el reconocimiento del proceso de escucha como tal, (es decir que trasciende el concepto de sensación hacia el de la interpretación de los estímulos sonoros, especialmente los del habla), constituyen los puntos a destacar y se ponen de manifiesto al indagar sobre la manera en que las ayudas auditivas influyen en las habilidades para realizar actividades de la vida diaria, así:

"Yo pienso que... a través de esto uno le entran actividades y cosas muy importantes porque ya uno escucha bien y ya nuevamente cómo renacer la vida" – Flor

"mi vida cambio bastante a partir del uso de los audífonos, porque yo me sentía aislado" ".....con los audífonos ya como le había dicho antes se vuelve uno mucho más participativo y más si uno tiene cierto grado de comunicación y de estar con la gente más, yo como profesor necesitaba mucho más eso"- Tomas

".....es que si se mejora la comunicación eso es a todo nivel, hacia afuera de la familia y dentro de la familia, mucho más dentro de la familia porque es donde más se necesita comunicación"- Tomás

"...para mí, es indispensable, yo manejo, en el pase, en mi pase dice que debo manejar con audífonos y visuales, son los dos (...) si no tuviera no existieran estos... audífonos yo no podría manejar" – Juan

"me desenvuelvo mejor, pues claro, es como si uno tuviera sus propios oído"- Flor

".....constantemente siente uno la ventaja de tener los audífonos para muchas, aspectos ya sea para oír música en la casa, oír la televisión, para charlar con la familia, con la señora" – José

"es decir, los audífonos son una herramienta muy útil para una persona que se desempeña en muchas cosas, en este momento mi vida social es más

bajita más pasiva, pero sin embargo las pocas actividades sociales que tengo pues es importante tener los audífonos pa poder intercambiar ideas, oír, hablar, etc." – José

"la ciencia en favor del ser humano" "va mucho más allá de oír o no oír sino de entender" – Carmen

El estudio de Castillo et. al. (2017) plantea con respecto al uso de audífonos o ayudas auditivas, como éstos revierten el impacto negativo social, emocional y comunicativo que acompaña la pérdida auditiva como consecuencia de la misma, evidente también en los participantes del estudio, lo que sugiere que a través del uso de ayudas auditivas las personas perciben cambios, los cuales se hacen evidentes al mejorar el desempeño en las actividades de la vida diaria y en especial en las relacionadas con los procesos de interacción y participación social generada por el establecimiento de procesos comunicativos que les permiten la recepción de los sonidos ambientales y de manera importante los del habla, fundamentales en la comunicación a través de la modalidad verbal oral.

El uso de audífonos o ayudas auditivas hace parte de las intervenciones efectivas en usuarios en condición de discapacidad auditiva según Murlow citado por Cardemil (2016), que para el caso de la población adulta mayor promueve el mejoramiento de la capacidad para oír y con ella las habilidades comunicativas devolviendo la autoconfianza necesaria para retornar a sus actividades y mejorar el desempeño en las mismas. Al respecto Barrera (2017) concluye en su estudio que el uso de ayudas auditivas en los adultos mayores les ha proporcionado beneficios al mejorar la efectividad en la interacción comunicativa, de igual manera han optimizado sus actividades diarias dadas por una sensación de mayor seguridad en las diversas situaciones de escucha habituales.

En general sobre la categoría física se puede evidenciar a través de la percepción de los participantes del estudio en cuanto al cambio que refieren una vez hacen uso de las ayudas auditivas, por un lado, y como factor determinante que lleva al uso de la ayuda auditiva, el impacto que tiene la pérdida auditiva en el adulto mayor limitando su

interacción con el entorno por el deterioro en la funcionalidad auditiva lo que genera obstáculos en la realización de actividades cotidianas tal y como lo refiere Zambrano y Ayala (2019); o como lo plantea Lofti (2009) en aspectos como la reducción de las interacciones sociales y emocionales, fuente de aislamiento, deterioro en actividades sociales e insatisfacción con la vida familiar; situación para la que no están preparados y que les impide continuar como de costumbre (Cano, 2014).

En cuanto a las actividades y la habilidad para realizarlas relacionado con el uso de ayuda auditiva, se evidencia una percepción favorable dada en el cambio de la sensación de escucha que va más allá de sentir los sonidos, a discriminar, identificar y entender lo que estos en contenido tienen y significan especialmente cuando son lingüísticos. Es entonces puesta la relevancia en un proceso de escucha en función de lo que la audición aporta en el proceso de comunicación, importante en todos los contextos, roles y actividades de la vida diaria.

Ahora bien, con el uso de ayuda auditiva cuya adaptación puede ser monoaural o binaural como es el caso de los participantes del estudio, es importante destacar teniendo en cuenta los beneficios o cambios que perciben y reflejan en sus relatos, que dicho beneficio puede ser mayor al tratarse de una adaptación bilateral, ya que tal y como lo refiere Díaz (2016) y Stach (2015) el procesamiento binaural del sonido mejora la audibilidad del habla, la localización de sonidos que puede provenir en diferentes direcciones, y permite además, el óptimo desempeño del sistema auditivo en función de la percepción de sonidos que integran el lenguaje y una mejor discriminación en ambientes ruidosos (González et. al., 2019).

Específicamente al tratarse de la diferencia en el beneficio de ayudas auditivas bilaterales, los siguientes relatos de este estudio así lo mencionan:

“mire, a mí la eps me autorizo un solo oído y a mí me disgusto, me toco pelear bastante para que me autorizaran el otro oído porque es que yo andaba cojo y se siente la diferencia” – Tomas.

"realmente la integración auditiva es cuando se da, cuando yo oigo con dos oídos, con un solo oído estoy escuchando como caminando cojo, es caminando en una muleta" – Carmen.

"ambos porque ya cuando este entra a funcionar le ayuda a este del, del lado derecho, entonces como que se nivela...se fusionan ambos, el uno ayuda al otro, entonces oye uno mejor" - Juan

"entonces claro a raíz de este del izquie, del derecho, después el izquierdo para poder nivelar las dos audiciones" - Flor

Pérez (2019) cita en su investigación el estudio de Bisgaard y Ruf (2017), quienes observaron mayor satisfacción de los usuarios de ayudas auditivas bilaterales con respecto a los que solo hacen uso de un audífono. El aumento en el grado de satisfacción se ve reflejado en el mayor tiempo de uso que hacen de sus dispositivos auditivos. Adicional a esto el beneficio percibido en cada vez más usuarios según Abrams (2015) es gracias al avance de la tecnología en este campo.

La Dimensión Psicológica en la Calidad de Vida de las personas mayores con amplificación auditiva

En cuanto a la categoría **Psicológica** los participantes del estudio mencionan sus experiencias dentro de la cual se ha tenido en cuenta la imagen corporal, el desempeño percibido a nivel de las funciones superiores y el manejo de las emociones frente al uso de ayudas auditivas. Se destaca, en primera instancia, cómo, aunque la parte estética constituye un factor importante en el uso de ayuda auditiva, razón por la que buscan los de presentación más discreta, en la mayoría de los participantes la prioridad se traslada hacia el beneficio que usarlos provee:

"Así a uno no le guste tiene que hacerlo, usarlos y como acostumbrarse a que es una parte del cuerpo ya (...) yo me siento bien, me tiene sin cuidado

lo que de pronto lo que me diga alguien, que hasta este momento nadie me lo ha dicho" – Juan

"pues como lo decía inicialmente al comienzo estéticamente usé los invisibles, pues para tapar el problema de ser sordo de tener nivel bajo auditivo, pero en ese momento ya no me molesta la parte estética, pues seguramente se me ven los audífonos, tengo el pelo cortico y además soy calvo, entonces se me nota que tengo audífonos, pero eso no importa, a esta edad pues antes de buenas que todavía este en este mundo y pueda oír y hablar con la gente" – José

"mis audífonos si son muy pequeños , además no solamente por la parte estética, sino yo la hago más por la parte de mis pobres orejas, mi pabellón auricular tiene que soportar unas gafas muy pesadas, ahorita con el tapabocas y más como trabajo en rehabilitación, pues tengo careta que son transparentes y por tanto son de polietileno y pesan más, más los audífonos es pesado, eso digamos que librera mucho el peso (...)si en esos momentos tuviera esa misma tecnología que uso actualmente, así fueran audífonos grandes me los pondría" – Carmen

La apariencia de los aparatos auditivos en diferentes estudios realizados constituye una de las razones por las cuales se presenta baja adherencia en el uso de audífonos, sin embargo, este aspecto no supera la importancia que merece mantener la estimulación auditiva y mejora de la percepción de los sonidos ambientales y lingüísticos, y con este, el acceso e interacción con el entorno ambiental y social. Son pocos los estudios que reportan al respecto, entre ellos, los resultados del estudio de Hickson, Timm, y Worrall (1999) citados por Pérez (2019) en donde mencionan como la apariencia cosmética de los audífonos está ligada de forma positiva a la satisfacción general y no con el uso de los audífonos.

La consideración de la imagen corporal como aspecto importante en el uso de ayudas auditivas, ha sido especialmente tenida en cuenta por las casas fabricantes de audífonos, las cuales buscan el avance técnico para un buen funcionamiento y experiencia de

escucha favorable a través del dispositivo auditivo, y aunque es esta la gran prioridad, también lo es, el diseño para su mejora estética. La tendencia en el diseño de las ayudas auditivas es que sean cada vez menos visibles, buscando la eliminación de cualquier barrera o molestia en su uso, pero también por cualquier estigma que la persona con pérdida auditiva pueda sentir por el hecho de usarlos dada su condición auditiva. El avance en la tecnología llegando a la era digital ha permitido que todas las nuevas características quepan en soluciones auditivas que cada vez disminuyen más en tamaño (Starkey Hearing Technologies, 2013)

Los sentimientos de vergüenza o frustración se podrían ver reflejados en el alto índice de incidencia de manera previa y posterior a la adaptación de la prótesis auditiva, resultados que a su vez, como lo plantea Ausique et al., (2011) pueden estar sujetos a factores como la tecnología y estética implementada en la prótesis auditiva.

Uno de los interrogantes que se planteó a los participantes fue la relación entre el uso de ayuda auditiva bilateral y las funciones superiores como aprendizaje o memoria, frente a lo que se presentan puntos de vista y percepciones diferentes, teniendo en cuenta la influencia que en ella tienen sus roles y actividades, su formación y experiencias de vida. Si bien el desempeño de las funciones superiores tales como el aprendizaje o memoria hacen parte de las necesidades individuales del ser humano (Cequea et. al., 2011), algunos participantes refieren experimentar cambios, otros no:

"no, en cuanto a esa pregunta yo diría que antes y actualmente sigo lo mismo", "igual, lo que yo me preguntas de la memoria, yo voy con 83 años y medio y yo creo que es que los añitos también a uno se le olvidan las cosas, yo soy una persona que tiene que dejar las cosas, muy ordenado y muy aseado si soy muy estricto en todo, entonces en el transcurso del día trato de memorizar perfectamente a lo que tengo que hacer mañana" – Juan

"tengo los dos audífonos y el cambio significativo digamos que uno experimenta por qué desde la teoría de la integración auditiva, de, uno hablar de realmente oír con el cerebro, pero una cosa es decirlo y otra cosa

es sentirlo, una cosa es saber que es una pérdida auditiva y otra es tener una pérdida auditiva (...)"yo personalmente uso mis audífonos tanto que me acuesto y por lo general me dejo uno, yo duermo con un audífono, en el otro no, siempre intercalo, porque la audición es permanente la audición no se duerme" – Carmen

Los participantes que presentaron respuesta puntual en este aspecto, de manera previa a la pérdida auditiva han tenido estimulación cognitiva y la han mantenido por la formación y exigencia académica hasta nivel de post grado, pero también por el desempeño que en la actualidad tienen en diferentes ámbitos, entre ellos el laboral. En este contexto el uso de ayudas auditivas y la estimulación que a través de estas se realiza, estimula de manera simultánea dichas funciones, permitiendo que estas se mantengan.

Entrando a considerar esta como razón por la cual el participante del primer segmento no percibe diferencias. Ahora, en el caso del segundo participante quien además agrega a su experiencia personal como usuaria de ayuda auditiva bilateral, una experiencia profesional en el área, lo que aporta al respecto hace referencia a la forma como la audición hace parte de un todo y en ese todo las funciones superiores influyen y son influenciadas por la audición (Bianchi, 2009).

Ahora bien, el deterioro físico producto del envejecimiento da lugar a enfermedades como la presbiacusia que es la pérdida auditiva a causa de la edad. La hipoacusia incrementa los efectos de la degeneración de la memoria, produce un mayor desgaste en la atención e incrementa la fatiga, dificulta la atención selectiva, el comportamiento, la memoria a corto plazo, el reconocimiento de la señal acústica, la velocidad y agudeza en la elaboración de las respuestas, entre otros (Guimerá y Altuna Mariezcurrena, 2013)

Estudios como el de Li-Korotky (2012), observaron que los adultos mayores con presbiacusia tienen dificultad en la comprensión del lenguaje que especialmente se agudiza o acentúa con ruido de fondo. Considera la presencia en general de una regresión de la conducta psicolingüística producida por la presbiacusia.

Algunas otras investigaciones entran a establecer la relación entre la presbiacusia y la depresión en adultos mayores debido a los cambios psicosociales asociados a la edad y la degeneración en actividad cortical (Lawrence y Jayakody, 2019) a los cuales se atribuyen los estados de soledad emocional y social en esta población.

Según Hull (1978), también Maurer y Rupp (1979), la sensación de frustración que puede nacer de una disminución de la capacidad para la interacción y la eficacia comunicativa, que tal y como se ha evidenciado desde los relatos de los participantes, hacen parte de las consecuencias de la pérdida auditiva y de los factores que a su vez determinan el uso de ayuda auditiva, generan lo que Hull expresa como el estrés psicológico asociado con la incapacidad para comunicarse con los demás provocando el aislamiento.

En cuanto a las emociones, en estas se observa la estrecha vinculación que tienen con algunos otros aspectos, las cuales surgen de manera espontánea y son inherentes en general a toda la experiencia y proceso de los participantes como usuarios de ayuda auditiva bilateral, se traducen en los sentimientos, sensaciones a nivel emocional y estos permean todas las dimensiones. Dichos sentimientos o emociones pueden ser positivos o negativos (Botero y Pico, 2007) y van a depender de aspectos como el grado de dependencia, la efectividad en los procesos de comunicación y por tanto en la interacción y efectividad de la misma. También del nivel de desempeño y habilidad en la realización de las actividades de rutina y las propias relacionadas con sus expectativas y etapa de vida (Ryff, 1989; Ortiz, et. al., 2009; Mesa-Fernández, et al. 2019). Esto se evidencia en los siguientes relatos:

"en una reunión social, sin los audífonos está uno aislado, con los audífonos ya como le había dicho antes se vuelve uno mucho más participativo más si uno tiene cierto grado de comunicación y de estar con la gente más, yo como profesor necesitaba mucho más eso" (...) "a mí me da mucha alegría poder escuchar a la gente" "es alegría, es alegría, tener todo, todo ser, su capacidad de comunicación plena" (...) "yo bien, muy bien, muy muy bien" "bien me siento conforme, pleno" – Tomás

"pues me haría sentir, decirle que alegría porque escuchó todo, escucho todo, con ellos" (...) "Yo pienso que, a través de esto uno le entran actividades y cosas muy importantes porque ya uno escucha bien y ya nuevamente cómo renacer a la vida" -Flor

"me siento muy segura, yo vivo sola", (...) "en una casa muy grande, entonces para mi tener el audífono significaba seguridad" (...) "me permite mantenerme comunicada todo el tiempo y pues para mí ha sido una bendición" – Carmen

El uso de audífonos en las personas adultas mayores para Cardemil (2016) se fundamenta en los resultados positivos que tendrían y se ven plasmados en estados de menor ansiedad y depresión lo que constituye la disminución de consecuencias psicológicas, sociales y emocionales de la hipoacusia y que tal y como lo refieren los participantes del estudio se hacen evidentes al referir sentirse más participativos, independientes y activos a nivel laboral. Algunos otros hablan de seguridad, de plenitud, de volver a la vida.

La Dimensión de Relaciones Sociales en la Calidad de Vida de las personas mayores con amplificación auditiva

La categoría que abarca el aspecto de las **Relaciones Sociales** se analiza a partir de las relaciones personales, las actividades sociales y el apoyo de familiares y amigos, todas estas en relación con el uso de ayuda auditiva bilateral. En este punto, es importante destacar de los referentes teóricos consultados acerca de la medida de la calidad de vida, no solo la percepción personal a nivel físico y emocional, sino también el de la interacción con el medio en el que vive y se desenvuelve (sociedad y cultura). Al respecto, los relatos denotan y destacan la importancia de oír, por la función y papel fundamental que la audición tiene en la comunicación la cual se construye con el otro, en un proceso de intercambio e interacción de vital importancia por el carácter social

innato de los seres humanos y por tanto necesario para las personas y su relación con la familia, amigos y entorno social, cultural y laboral:

"a mí me da mucha alegría poder escuchar a la gente, es alegría, es alegría, tener todo, todo ser, su capacidad de comunicación plena (...) también mejora, mejora, es que si se mejora la comunicación eso es a todo nivel, hacia afuera de la familia y dentro de la familia, mucho más dentro de la familia porque es donde más se necesita comunicación (...) en una reunión social, sin los audífonos esta uno aislado, con los audífonos ya como le había dicho antes se vuelve uno mucho más participativo y más si uno tiene cierto grado de comunicación y de estar con la gente más, yo como profesor necesitaba mucho más eso (...) cuando uno no les escucha y no les puede contestar entonces ahí si se da uno cuenta de la reacción, que como que a veces también lo ignoran" – Tomás

"antes eso, que me decían algo y yo, ¿Cómo?, ¿cómo? Y que no sé qué y repítame, y pues les daba piedra les daba, eso les daba angustia dice mi hermano, cuando les da angustia de andar gritando....porque tenían que gritar, tener que gritar, me da mucha tristeza tener que gritarla pa' que escuche las cosas....ya ahora, ahora no, ya me pueden hablar, ya me pueden decir lo que sea y ya uno entiende y escucha bien (...) muy bien porque yo puedo expresarme y puedo, puedo hablar y escucho lo que ellos me dicen sin necesidad de asustarme ni nada de eso" - Flor

"yo creo que estas actividades académicas que he tenido.... yo he pertenecido a la gerencia del ICA, a la sugerencia de investigaciones, he participado en muchas juntas directivas del sector agropecuario, entonces he sido muy activo en ese punto de vista y que tal yo participando en una junta directiva y ¿sin oír bien? Sencillamente me tocaba retirarme, ahorita tengo precisamente una reunión menos mal, que ahora son virtuales porque soy el presidente del Consejo del condominio donde vivo, entonces para todo eso es, muy importante los audífonos (...)obviamente el usar los

audífonos facilita las relaciones familiares, por qué puede haber una buena comunicación con mi señora o con mis hijos eso pues obviamente es un factor positivo del uso de esa tecnología de los audífonos.(...) Es decir, los audífonos son una herramienta muy útil para una persona que se desempeña en muchas cosas, en este momento mi vida social es más bajita más pasiva pero sin embargo las pocas actividades sociales que tengo pues es importante tener los audífonos pa poder intercambiar ideas, oír, hablar, etc." – José

"recordemos que la comunicación no es solo de una persona, no existe comunicación de un yo con un yo, la comunicación se vive dentro de un contexto, dentro de una situación, dentro de una familia, dentro de unos amigos, dentro de una sociedad (...)"yo personalmente uso mis audífonos tanto que me acuesto y por lo general me dejo uno, yo duermo con un audífono, en el otro no, siempre intercalo, porque la audición es permanente la audición no se duerme" – Carmen

Respecto a las relaciones sociales se evidencia a través de los relatos el tejido de personas con las que se comunica el adulto mayor, algunas características de los lazos o vínculos que se establecen y en los diferentes contextos en los que las interacciones son relevantes. Todos estos según Otero et. al., (2006) hacen parte del concepto de relaciones sociales compuesto por las redes sociales y el apoyo social.

De acuerdo con lo expuesto por los participantes, la pérdida auditiva impide una interacción comunicativa óptima y es ahí donde se evidencia como referentes teóricos mencionan, la relación entre salud y exclusión social en este caso dado por la disminución auditiva que impide una óptima comunicación la cual es importante para el desarrollo social del individuo (Siegrist^o et. al., 2000; García, 2006).

Tomando como referencia lo referido por Del Valle et. al., (2011) sobre el apoyo social que es la función de la estructura o red social según Otero et. al., (2006) y que implica de esas transacciones sociales: ayuda, afecto y afirmación; podemos destacar desde los relatos algunos de los tipos de apoyo a los que hace referencia el autor. En primera

instancia la parte o apoyo emocional dada en las interacciones más cercanas y que generalmente corresponde con los vínculos familiares para transmitir afecto y confianza, acompañar, compartir la vivencia, escuchar y mostrar empatía y solidaridad

“...charlar con la familia, con la señora” – José

“...venga, venga escuchamos, a ver que entendiste, no vuélvelo a oír, ven ahora yo te digo lo que estaba diciendo...” “eso es fundamental.” – Carmen

“sí, sí, ellos son los que a veces me dicen “que pasa con el audífono?” Juan.

Junto al anterior apoyo esta también el apoyo cognitivo, cuando se brinda información, se aconseja y/o se intercambian opiniones para la toma de decisiones; el apoyo instrumental para proporcionar asistencia y ayuda en tareas domésticas, de movilidad o desplazamiento, que requiere la logística y organización del grupo de apoyo y finalmente el apoyo material relacionado con el componente económico para cubrir necesidades entre estas la de los servicios implicados en el proceso de adaptación y uso de ayudas auditivas que pueden darse al hacer parte del sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiarios o mediante el aporte que entre los varios miembros de la familia unen para que el adulto mayor tenga el acceso a las ayudas auditivas y/o controles y mantenimiento de los dispositivos auditivos (baterías, revisiones...etc.)

Específicamente sobre el papel de la familia en todo lo que implica la pérdida auditiva y el proceso hacia el uso y como tal el hecho de ser usuario de ayuda auditiva bilateral, expresan:

"la familia entra en un papel importante allí porque especialmente en adaptación del adulto mayor uno necesita hacer ejercicios de procesamiento auditivo porque el procesamiento se va deteriorando, entonces diga “venga, venga escuchamos, a ver que entendiste, no vuélvelo a oír, ven ahora yo te digo lo que estaba diciendo...” eso es fundamental.” – Carmen

"sí, sí, ellos son los que a veces me dicen "que pasa con el audífono?" – Juan

"todos han participado porque son muy allegados, entonces pues los hijos las hijas saben que uso audífonos y que esos me ayudan a corregir mis fallas auditivas" – José

Al igual que en el reporte de los participantes de este estudio, Ausique (2011) reporta en el suyo en el aspecto llamado habitacional, la evidencia sobre cómo la comunicación con la familia y actividades del contexto del hogar como ver televisión o escuchar radio se veían beneficiados con el uso de ayudas auditivas, concluyendo que la función de la amplificación no es la de equiparar o suplantar a la audición normal (aspecto que no es posible), sin embargo hay implícito un aprovechamiento óptimo de la capacidad auditiva de cada usuario, dada por el realce de la información auditiva a través del audífono, lo que apoya el proceso interactivo con el entorno.

En cuanto a la participación de los familiares en el proceso, la relevancia radica en lo que significa para la persona con pérdida auditiva dentro de todo el transcurso de la adaptación y uso de ayudas auditivas este acompañamiento que se traduce en apoyo y que en buena parte determina el éxito del mismo.

La referencia de varios autores sobre el apoyo social como parte fundamental del factor social, es la razón por la que se constituye como el núcleo donde se encuentra el soporte afectivo y empático lo cual contribuye como red de apoyo a una mejor adaptación frente a diversas situaciones promoviendo la sensación de bienestar y hábitos saludables (Pillemer et. al., 2000; Martín et. al., 2003; Fuentes, 2014)

Frente a los cambios de roles que los adultos mayores experimentan con el uso de ayudas auditivas, teniendo en cuenta lo manifestado por Del Valle et. al. (2011) sobre las relaciones sociales y el envejecimiento saludable, éstos tienen consecuencias en la red social de manera positiva o negativa. Entre los relatos encontramos: Cambios en el rol social, que como en el caso de Tomas se toma cuando dice:

*“para muchos trabajos yo necesito el oído, porque yo trabajo con sonido”
(...) “yo estoy activo en mis trabajos” (...) “entonces para mí esto es muy
importante” (...) “yo como profesor necesitaba mucho más eso”– Tomas*

Denotando su actividad laboral y la implicación que en el desempeño de ésta pueda tener. En cuanto a los cambios en el rol familiar se presentan cuando como en el caso de José expresa:

*“claro, es decir, generalmente hay diálogos los fines de semana con los
hijos que van a almorzar entonces hay que estar ahí, para estar oyéndolos”-
José*

Otro cambio de rol esta dado en la habilidad de proporcionar apoyo, que en el caso de Carmen va ligado también al desempeño laboral o rol social por la naturaleza de su quehacer o profesión, el cual comparte en la entrevista de la siguiente manera:

"por ejemplo he tenido paciente como la vecina del frente, me dijo “ay Carmencita, mira es que ya no oigo bien, y yo fui a la EPS y me dieron este audífono, y cuando le hice la audiometría, la audióloga le puso el audífono en el oído de audición normal, entonces la pobre señora había luchado para ponérselo y me decía -eso me produce dolor de cabeza, y eso me duele terrible, y me hijos me dicen que yo soy una perezosa pero mire- cuando ya le puse el audífono XYZ, es de la misma marca que yo tengo pero digamos una gama más alta, no esa señora de una felicidad enorme, ella me regala cosas, me llama, me dice que es una bendición -ya no tengo que tener el televisor a 50, ya lo estoy escuchando a 10, ya mis hijos no me gritan, puedo comunicarme con mis amigas, empecé a trabajar en la iglesia, o sea me ha cambiado la vida-, entonces yo pienso que eso paga todo lo que uno haga" - Carmen

Finalmente, cambio en la necesidad de apoyo social, el cual disminuye la demanda de apoyo de la red social, visto desde el carácter de independencia o autonomía que

alcanza el adulto mayor cuando hace uso de las ayudas auditivas, tal como se evidencia en los siguientes relatos:

"me desenvuelvo mejor, pues claro, es como si uno tuviera sus propios oídos" (...) "pues como no escuchaba bien pues entonces iba a una cita me toca llevar a un hermanito" (...) "porque como si yo no escuchaba nada, que me decían; ahorita si ya no, ahorita si ya yo voy y veo las citas" – Flor

"para mí, es indispensable, yo manejo, en el pase, en mi pase dice que debo manejar con audífonos y visuales, son los dos," ... "si no tuviera no existieran estos... audífonos yo no podría manejar"- Juan

"necesitaba que alguien estuviera conmigo para que me contara lo que estaban diciendo...ahora, más independiente"- Tomas

En términos generales, el uso de ayudas auditivas en los adultos mayores de este estudio favorece los vínculos sociales y el establecimiento de relaciones interpersonales que les ofrece la posibilidad de comunicarse e interactuar, minimizando el riesgo de aislamiento, falta de integración social, marginación. En términos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud corresponde con lo que plantearon como limitación en la actividad y restricción en la participación (OMS, 2001).

Estudios refieren que el aspecto psicológico, ambiental y social presenta de manera global una mejoría en los adultos mayores usuarios de ayuda auditiva versus los que no lo usan. El cambio para Cardemil (2016) radica en el beneficio que se relaciona directamente a una mejora en la calidad de vida, partiendo del hecho que el aumento de las habilidades de comunicación que subyacen con el uso de audífonos permite el regreso de las personas a la vida familiar y social.

La Dimensión del Ambiente en la Calidad de Vida de las personas mayores con amplificación auditiva

Finalmente, sobre el **Ambiente**, se realiza un acercamiento teniendo en cuenta la percepción de los participantes frente al acceso de información y a los servicios de salud, los factores del entorno físico y los recursos económicos que se requieren y relacionan con el uso de ayuda auditiva. De los anteriores, el énfasis estuvo en resaltar los relacionados con el acceso a la información en actividades de rutina tales como ir a bancos o supermercados, la importancia de promover y difundir la necesidad de cuidar la salud auditiva, así como el papel de las EPS frente a la oportunidad de acceso a servicios integrales y de calidad, entre otros. Frente a la indagación sobre los aspectos en mención, los participantes manifiestan:

"Esto es lo máximo, esto le da mucha, mucha garantía para escuchar bien, para que le digan uno va al supermercado y le preguntan ¿Cuánto vale tal cosa? Y ahí le dicen, pero uno que no escucha nada, le pueden decir tanto y como uno no escucha pues carajos lo que sea" – Flor

"pues bastante, es decir uno constantemente está necesitando oír cosas, oír conversaciones, charlar, ir uno a centros, por ejemplo ir uno a una entidad bancaria y a veces es difícil oír lo que le dice a uno el señor del cajero, por falta de buen oído, a veces definitivamente afecta todo, yo viajo bastante en avión y a veces, entablar conversación con la oficina de recepción sino tiene unos buenos audífonos es difícil, tiene uno que estar diciendo "que qué?" eso definitivamente la, esa tecnología es muy útil y ojala la mejoren bastante y no le pongan tanto caro el precio porque entonces así no se puede (...) los oídos participan minuto a minuto o sea que desde que se levanta uno, tiene que hacer uso de los oídos si va uno al supermercado tiene que hablar con la cajera, con algún dependiente para preguntar, si va uno al banco igual, si va uno a un centro comercial grande también, en todo momento esta uno haciendo uso de los oídos y es

importante tenerlos bien, en buenas condiciones porque si no se le afectaría a uno bastante" – José

"yo ya no hago ninguna vuelta si no tengo los audífonos (...) significa el reconocimiento de uno como ser humano, como un ser propositivo, de un encontrarse de uno poder decir algo "oye, yo valgo, yo pienso, yo puedo opinar, yo puedo interactuar, en un contexto, yo puedo proponer y no sentirse uno aislado"– Carmen

"yo pienso que falta promover mucho en él, en el a nivel social, ¿sí?, a ti te venden en la televisión el último pantalón, el último iPhone, eh todo, pero no te venden salud auditiva" – Carmen

El relato de los participantes en este apartado como en los que a lo largo del documento se han plasmado, evidencian principalmente el componente comunicativo, el cual tomando a Cuervo (1999) por la forma en que lo plantea, constituye la base y soporte que facilita el acceso a la información, la posibilidad de realizar actividades acordes con sus intereses y circunstancias, el disfrute de la interacción social y afectivo emocional, la independencia, ligada a la factibilidad de desenvolverse en situaciones propias de su cotidianidad y la autonomía en las decisiones que afectan su vida. Así mismo, las consecuencias positivas o negativas que se derivan de los procesos comunicativos, de la efectividad en la interacción, afectan sin excepción el desempeño de las personas en todas las esferas de su existencia y con ella por ende la calidad de vida (Cuervo, 1999)

Ahora bien, las representaciones sociales que frente a la pérdida auditiva y el uso de ayudas auditivas que hacen visible la presencia de dicha condición, sigue siendo una realidad social que determina la calidad de vida del adulto mayor usuario de ayuda auditiva. Los imaginarios y creencias que dan lugar a las representaciones sociales generan un impacto en la parte psicosocial y emocional de los individuos, ya que pueden resultar dañinas, en tanto lesionan la autoestima, autonomía y seguridad de los individuos. Este panorama en el caso del adulto mayor lo pone en una situación de vulnerabilidad.

En este sentido y teniendo en cuenta que el tema en mención se encuentra relacionado con el entorno o ambiente y que en la definición para este estudio de acceso a la información como subcategoría del ambiente se menciona la cualidad para facilitar que cualquier persona - incluso aquellas que tengan limitaciones en la movilidad, en la comunicación o el entendimiento - pueda llegar a un lugar, objeto o servicio; hacen que sea indispensable abordarlo para indicar como los diferentes grupos etarios lo perciben y es así como el adulto mayor a través del siguiente relato lo refiere:

“es complicado, entonces uno dice -perdón por favor me repite yo tengo pérdida auditiva-, entonces le grita a uno y la palabra se distorsiona, y es difícil entonces uno tiene que decirle -perdón no me grite, hábleme claro, con frases bien construidas, y en un tono alto, pero no gritado” (...) “yo tengo pérdida auditiva por trauma acústico, en una práctica de verbo tonal, eh, mientras que mi hermana si tiene una pérdida por herencia, y ella, la audiólogo cuando la detecto, le dijo: -usted ya no puede ejercer su profesión de docente usted tiene que ser consciente que ya no oye, que debe retirarse, debe aislarse, debe permanecer solo con los suyos- y eso le causó, digamos una, un enorme vacío y más que un enorme vacío una lesión yo diría que una lesión emocional, ella, se sintió totalmente inválida, digamos no porque ella tenga su deficiencia auditiva sino porque socialmente la convirtieron en eso. Entonces yo también compré el equipo para ella, y ha sido una bendición, o sea ella vive agradecida, es otra persona, volvió a ejercer su profesión, es otra cosa” (...) “a pesar de que uno sabe y uno es consciente de que no es un oído normal de que, incluso uno dictando clase les dice a los estudiantes “yo tengo pérdida auditiva” a mí no me da pena decirlo, -hablen claro, con frases claras, bien armadas- hay personas que son muy difíciles y uno sentir la exclusión y se ríen uno percibe, porque uno se vuelve un lector de lo no verbal impresionante”
 - Carmen

Tal y como lo señala Cuervo (1999) al citar algunos ejemplos sobre creencias producto de los imaginarios sociales acerca de los obstáculos a los que se ven enfrentadas las

personas en general con alguna discapacidad en donde dicho impedimento se deriva de la condición anatomo-funcional de la persona y no como la evidencia del relato lo muestra, en donde las barreras u obstáculos obedecen de manera fundamental a las restricciones sociales, impuestas por la sociedad. Estas restricciones también pueden ser de carácter económico, cultural y político.

La pérdida auditiva se encuentra enmarcada dentro de las discapacidades y la connotación negativa social hacia esta surge de la deficiencia en la capacidad para realizar determinadas actividades ubicadas en los estándares concebidos socialmente en el marco de la normalidad, llevando a la persona con discapacidad auditiva a la restricción en la vinculación e interacción con su entorno. Así lo refiere Cardemil (2016) y se hace visible a través de los relatos de los participantes quienes se ven enfrentados a limitaciones especialmente para escuchar y comprender el lenguaje en razón de la pérdida auditiva, lo cual restringe su participación en actividades de diversa índole, ya sea como consecuencia de la limitación que con el uso de ayuda auditiva logran mejorar o por aspectos de tipo ambiental en donde las representaciones sociales constituyen un obstáculo en la integración efectiva del adulto mayor y su entorno.

Al igual que para Cardemil (2016) en este estudio se observa y sugiere que el componente social de integración en el adulto mayor usuario de ayuda auditiva dado por el ambiente en términos de las representaciones sociales, puede influir en conductas de aislamiento y baja inserción social.

Si bien es cierto que la discapacidad dentro de ellas la auditiva es el resultante de la interacción de condiciones biológicas, psíquicas y las características del entorno social, también lo es la manera en cómo su presencia afecta el desarrollo y la calidad de vida de la persona que la experimenta y de su entorno familiar y social, sometiendo a la persona a situaciones de exclusión en la medida en que limita la productividad social, su capacidad para realizar actividades y de vivir de forma autónoma e independiente, trascendiendo a una dimensión socioeconómica y de salud pública (Minsalud, 2014).

En resumen, y tomando como referencia el Ministerio de Salud y Protección Social (2014) al exponer: “la situación de discapacidad auditiva se relaciona no solamente con las condiciones orgánicas sino con restricciones impuestas desde el ambiente y la sociedad” se sugiere que en el adulto mayor usuario de ayuda auditiva el acceso a la información, aspecto relevante en las actividades de la vida diaria, podría verse afectado más por el entorno que por la misma condición o situación auditiva resuelta en alguna medida por el uso de ayuda auditiva, tal y como lo han expuesto en otros relatos.

Sobre otro punto, dentro de las preguntas referentes a como el entorno físico como por ejemplo el ruido y el clima influyen en el uso de ayudas auditivas, solo uno de ellos manifiesta al respecto de la siguiente manera:

“yo viajo bastante voy a tierra más caliente más Tropical y el sudor pues sí es algo que siente uno que puede afectar los audífonos, pero el resto me funcionan bien, no hay problema...” – José

No se encontraron en la literatura estudios que hayan abordado el impacto del clima cuando una persona hace uso de ayuda auditiva, para establecer la relación de éste con respecto al uso diario, al funcionamiento de los dispositivos auditivos y sobre los cuidados que se debe tener para un buen funcionamiento y tiempo de vida útil satisfactorio. Las casas fabricantes de audífonos son quienes al respecto hacen hincapié para sugerir recomendaciones de cuidado y manejo cuando hay exposición de estos factores climáticos ya sea a altas o bajas temperaturas (en extremo).

Pese a que no hubo comentarios puntuales por parte de los participantes sobre el ruido, es este un aspecto importante partiendo de las dificultades que especialmente la población adulta mayor presenta en la comprensión del habla con ruido de fondo, ya que tal y como lo refieren algunos estudios son el resultante del envejecimiento unido a una disfunción en el sistema de procesamiento central auditivo (Dubno, Dirks & Morgan, 1984 citado por Weinstein, 2000; Leal, 2011). La pérdida auditiva junto con un desorden de procesamiento auditivo, constituyen variables a contemplarse con detenimiento en la pertinencia y efectividad de la adaptación de audífonos (Leal et. al., 2011)

Dicha dificultad es también reportada con el uso de ayudas auditivas siendo una de las quejas más frecuentes en usuarios de audífonos por la dificultad de escuchar y entender el habla en ambientes ruidosos, sin embargo, la tecnología de los audífonos ha hecho avances para mejorar la relación señal ruido disponible en dispositivos de alta gama, no obstante, el acceso a éstos es limitado dado su costo y por tanto solo posible para quienes tienen el recurso económico para acceder a estos.

Uno de los factores que determina además del acceso a la ayuda auditiva, a una mejor tecnología y al mantenimiento de su estado para que brinde de manera adecuada la función por la que fue diseñado es, el factor económico. La razón por la que así lo refieren es la necesidad de mantener su funcionamiento mediante el uso de baterías, cambio de filtros o mangueras, según sea el caso, lo que representa una responsabilidad económica. Los usuarios manifiestan su percepción acerca de este factor de la siguiente manera:

"sí influye bastante, porque hay que tener recursos para poder gozar de esto, porque no se lo dan la eps así de buenas a primeras, hay que estar peleando hay que aportar, por ejemplo, aportar lo de las pilas, continuamente" (...) "para mí sería una maravilla que ya hubiera para los audífonos pilas recargables, para no estar dependiendo de estar comprando" – Tomas

"...como no dura si no un, no dura si no 10 días la pila (ujum), entonces eso si es un poquito de gasto, pero por la salud de uno pues toca" (...) "escomo una medicina más ¿se acabó? mire a ver aliste porque si no" - Flor

"(...) siempre me han parecido un poquito costosos, pero mientras le solucionen a uno el problema auditivo, el precio es correcto" – José

Si bien es cierto que el acceso a las ayudas auditivas ha ido mejorando en la medida que las políticas sanitarias de los países han considerado y en ocasiones ampliado como en Chile según refiere Cardemil (2016) la cobertura de sus costos, sigue siendo aún

insuficiente en nuestro país, teniendo en cuenta que el proceso para que sea efectivo requiere además del dispositivo auditivo (bilateral, ya que la pérdida auditiva también lo es), el mantenimiento de éste para que funcione de manera adecuada, lo cual incluye baterías, revisión y mantenimiento de sus componentes, así como acompañamiento profesional desde la parte audiológica a nivel de programación y desde la parte terapéutica para la rehabilitación (Leal, et. al., 2011). Todas estas aseguran la efectividad al favorecer un proceso de adaptación dado en el uso y aprovechamiento de los beneficios que la tecnología de los dispositivos auditivos puede brindar.

Otro aspecto sobre el factor económico que en este estudio no se indaga de manera puntual, pero que algunos estudios como el de Cardemil (2016) lo aborda, para acentuar sobre las consecuencias que tiene el aspecto económico en el adulto mayor usuario de ayuda auditiva atribuida a salarios más bajos o la permanencia como desempleado durante mayor tiempo. Se cita en razón a que uno de los participantes de este estudio hace referencia a la parte laboral y la necesidad de utilizar audífono. En tal contexto existe una vulnerabilidad para este grupo social desde la visión del “Modelo de Determinantes Sociales” postulado por la OMS citado por Cardemil (2016) para concluir que las consecuencias sociales y económicas a su vez podrían retroalimentar los mecanismos que promueven el desarrollo de otras enfermedades.

Acerca de los servicios de salud, los participantes del estudio hacen énfasis, por un lado, en la mayor atención que desde la EPS se le debe dar a la condición auditiva y por otro lado, el hecho de estimular todos los esfuerzos para promover tanto el cuidado auditivo como la importancia de la rehabilitación auditiva, para lo cual el papel del audiólogo en conjunto con las EPS es importante. Los anteriores aspectos, son puestos de manifiesto de la siguiente manera:

“lo que es problemas de audición es una enfermedad, una enfermedad que la persona sufre, y que tal vez es la más, una de las más importantes que pueda tener, y perder la audición es seria, afortunadamente la puede uno solucionar eso le decía yo hace poco a mi señora pues si desafortunadamente tengo problemas auditivas pero la ventaja es que

existe la tecnología para solucionarlos (...) yo creo que la pérdida auditiva es un problema importante de salud, entonces las EPS deberían considerar ese tema y ayudarlo, más activamente, una forma más directa más significativa "- José

"yo pienso que si nos hace falta a nosotros como Audiólogos trabajar mucho a nivel social en como dirigir a una persona con pérdida auditiva" (...) "hay algo que es fundamental para que tu puedas tener o brindarle a la gente una calidad de vida auditiva, y el profesional tiene que escuchar al paciente, porque tú como profesional no sabes realmente lo que el paciente está sintiendo, hay que creerles, hay unos que dice -no es que yo oigo por allá un ruido- y uno piensa por allá que de pronto es un acufeno, y de pronto es algo emocional..." (...) "...es importante escuchar" – Carmen

"yo pensaría que salud auditiva conlleva a una salud integral de la persona, a ver ese ser humano como ser un integral en todas sus dimensiones: sociales, interpersonales, individuales, interindividuales, todo"- Carmen

El Informe mundial sobre la discapacidad de la OMS (2011), plantea la necesidad de incorporar políticas y planes de rehabilitación en comunidad, tanto en sociedad como a nivel familiar dirigido a toda persona que presente una discapacidad a fin de no vulnerar sus derechos, entre estos uno fundamental como es el de la salud. La rehabilitación basada en la comunidad permitiría *"abordar los obstáculos que tienen las personas con discapacidad para acceder a la atención en salud"*, resultando satisfactoria en contextos de pocos recursos (Cardemil, 2016).

En Colombia, la política pública de la salud auditiva enmarcada en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, expone la dificultad aun existente para reconocer y tratar oportunamente las patologías de oído, alteraciones de la audición y comunicación y en este punto considera que las entidades prestadoras de salud (EPS), así como las IPS y ARL deben disponer de los recursos a nivel humano, de infraestructura, capacidad de sostenimiento y tecnología en los servicios de salud para atender de manera integral a la población que requiere los servicios de otología, audiología y fonoaudiología a través

de redes integradas. Con una capacidad de respuesta que afronte y ofrezca soluciones a la discapacidad auditiva.

A MANERA DE CIERRE

Este estudio permite identificar y corroborar lo planteado sobre el termino Calidad de Vida, en cuanto engloba muchos aspectos que son inherentes al ser humano y están mediados por la historia de vida, por la cultura, la sociedad, la salud, sentimientos de satisfacción personal y colectiva del individuo, así como el desarrollo individual en todas las etapas del desarrollo vital, por lo cual no puede ser analizada desde un solo punto de vista sino desde distintas dimensiones (Giusti, 1991; OMS, 1994; Felce y Perry, 1995; Fernández Ballesteros, 1998; Maya, 2003; Botero y Pico, 2007; Molina, 2008; Urzúa, 2012; Flores, 2013; Bonilla, 2014; Garrido y Cerpa, 2014).

Dentro de la percepción de calidad de vida son determinantes, tal y como lo mencionan Fernández y Ballesteros, (1998); Castillo, (2008) la disposición económica, el acompañamiento y apoyo tanto familiar como social, y más aún en procesos de calidad de vida relacionada con salud, quien por el proceso propio del envejecimiento empieza a presentar disminución en su funcionalidad, por lo que este estudio tiene como centro dicha percepción en adultos mayores, ya que existe una relación entre la satisfacción percibida y la valoración de salud y enfermedad, sin pasar por alto que, al deterioro propio de la edad lo acompaña el aislamiento social debido a factores como retiro laboral y presencia de otras o nuevas enfermedades (Darton, 1995; Krzemien, 2001; Verdugo, 2002; Torres y colaboradores, 2008; Campos, 2011; OMS, 2015)

Ahora bien, pese a que la calidad de vida mejora en el adulto mayor con pérdida auditiva usuario por esta razón de ayuda auditiva bilateral, la experiencia de escucha a través de estos dispositivos auditivos podría ser mejor, aumentando de igual manera el grado de satisfacción a nivel auditivo y el impacto que tiene por ende en la comunicación y con él, en todos los aspectos, roles, contextos, y niveles de la vida del adulto mayor. La referencia de los participantes al respecto pone de manifiesto la necesidad de indagar sobre los procesos de adaptación, sobre las tecnologías y el avance de las mismas para optimizar al máximo el proceso y la rigurosidad de los protocolos de selección y

adaptación de prótesis y ayudas auditivas. Algunos de los segmentos que ponen en evidencia este punto son:

“realmente es necesario, a veces uno es un poquito terco y se (risa) aísla, deja de usarlos porque como que le cansan, entonces a veces le da a uno pereza usarlo, pero realmente es un mal necesario” – Tomas.

"no me molestan nada, es como si yo no tuviera nada (ujum), en cambio con el otro si se sentía ese murmullo y ese jum, como que me dolía la cabeza" – Flor.

"y que así moleste a veces o le fastidie, o diga uno, -no estoy aburrido con este aparato- lo necesita uno, entonces tiene que adaptarse a convivir con eso" – Juan.

La Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (1998) según Leal (2011) reconoce que la adaptación satisfactoria de una ayuda auditiva es un proceso complejo y requiere del profesional en audiología que, en dicho proceso de selección, evaluación, adaptación y seguimiento, promueva un plan de rehabilitación audiológico integral. La actualización en los avances de la tecnología y de las nuevas corrientes y avances en materia de adaptación de audífonos es de igual manera parte del que hacer audiológico.

Utilizar ayudas auditivas implica cambios y el esfuerzo de los usuarios por incorporar una tecnología en el desarrollo de la cotidianidad de sus vidas, cuyo resultado tal y como los menciona Tamblay et. al (2008) y se observa en los relatos de los participantes de este estudio, resultan relevantes cuando se establece y estrecha la relación entre la utilización de estos dispositivos auditivos con una mejor condición emocional y social de las personas adultas mayores. La adherencia al uso de ayudas auditivas constituiría entonces, una de las principales preocupaciones en el manejo de una de las enfermedades crónicas y otras condiciones de salud entre las que se reconoce la hipoacusia (Cardemil, 2016)

6. CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran que las dificultades auditivas y con ella el deterioro en la función comunicativa se constituye en el principal factor por el cual los adultos mayores participantes recurren al uso de ayudas auditivas. Las respuestas obtenidas a través de sus relatos evidencian la relación entre calidad de vida y uso de ayudas auditivas bilaterales, ya que, identifican un cambio favorable en su proceso comunicativo y eficiencia en las interacciones en el núcleo familiar y contextos sociales, en el acceso a la información, así como en el desempeño de actividades de rutina que les permite mayor autonomía e independencia, así como mayor participación e integración social, lo que contribuye en la sensación de seguridad, confianza y satisfacción personal acorde a los intereses, necesidades y expectativas de vida.

El impacto hacia una conceptualización firme, autentica, real o valida que sobre la calidad de vida se pueda plantear para la población objeto de este estudio, no puede excluir la salud auditivo-comunicativa, unidas por la mutua influencia y afectación que las implica. Partiendo de lo puesto en mención y aun cuando los relatos fueron de discreta extensión, permitieron la aproximación al fenómeno, a una realidad fundamentada desde quienes la experimentan, en la particularidad de sus contextos e individualidad de ser, permitiendo el acercamiento e identificación de lo que otros autores desde otras áreas, pero al respecto de la calidad de vida han observado y contado. El uso de ayudas auditivas en el adulto mayor minimiza los riesgos de la discapacidad auditiva y comunicativa, así como sus efectos en la experiencia y por ende percepción de bienestar, de satisfacción de necesidades en todas las variables que, sobre el ser, tener y hacer, como un todo puedan tener.

Por lo anterior, es importante extrapolar estos hallazgos y dimensionar de igual forma el impacto que tiene el alcance de la práctica audiológica en el bienestar de las personas adultas mayores con pérdida auditiva que asisten a la consulta audiológica y que requieren además del uso de ayudas auditivas teniendo en cuenta las percepciones descritas en este estudio, un acompañamiento en el que se incluya la consejería y la rehabilitación a favor de la estimulación de habilidades auditivas en función de procesos

comunicativos que les permita alcanzar la capacidad funcional auditiva comunicativa necesaria en el desarrollo y desempeño de actividades propias de su etapa de vida dentro de los contextos en los que se desenvuelven y que afectan su bienestar y calidad de vida

Ahora bien, en Colombia los estudios sobre las dificultades auditivas en el adulto mayor y el impacto que esta discapacidad tiene en la calidad de vida del mismo cuando hay uso de ayudas auditivas, no se encuentra documentada a profundidad, lo cual tiene una repercusión importante en el abordaje y manejo que desde la audiología se lleva a cabo con esta población. Se hace entonces relevante nutrir el cuerpo de conocimiento con evidencia soportada desde la investigación y bajo metodologías y diseños de investigación que como las utilizadas en esta investigación, permitan conocer y documentar no solo los aspectos anatomo fisiológicos y funcionales de la pérdida auditiva, sino como éstos repercuten en la vida de las personas adultas mayores, impactando su calidad de vida y en qué grado y medida el uso de ayudas auditivas puede revertir esta situación.

Ampliar el conocimiento al respecto mediante el acercamiento a una realidad que como la calidad de vida requiere la perspectiva de quien presenta dificultades a nivel auditivo ya que la impactan, es una necesidad y requiere promover el que hacer del audiólogo desde diferentes escenarios, además del clínico, en los que se proyecte sus aportes a la investigación y gestión administrativa, así mismo requiere darle más visibilidad a su quehacer como pilar y parte fundamental de un equipo interdisciplinar de abordaje y atención con visión integral, y finalmente promover y exaltar su participación activa en la toma de decisiones en la construcción de protocolos, normas y lineamientos de salud pública que además de las pertinentes a mejorar la capacidad funcional con el uso de ayudas auditivas bilaterales, favorezcan la oportunidad de acceso a los servicios, la distribución adecuada de los recursos (físicos, tecnológicos y humanos), la integralidad, pertinencia y calidad en la atención acorde a las características, necesidades, cambios y transformaciones sociales de esta creciente población.

Se deja con esta investigación una base sobre la cual profundizar en futuros estudios audiológicos abordados desde el enfoque cualitativo y diseño en el que el presente estudio se llevó a cabo, destacando con los resultados presentados, la relevancia que tiene para el que hacer y proyección del especialista en audiología, conocer las percepciones que tienen los adultos mayores con pérdida auditiva sobre su calidad de vida y la relación de ésta con el uso de ayudas auditivas bilaterales.

7. REFERENCIAS

- Abrams, H. (2015). *An Introduction to MarkeTrak IX: A New Baseline for the Hearing Aid Market*. The Hearing Review
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la organización mundial de la salud y la interdisciplinariedad. Revista universitaria de investigación. Año 9. N°1. Recuperado 20 de mayo del 2021 de <file:///C:/Users/jdura/Downloads/Dialnet-LaDefinicionDeSaludDeLaOrganizacionMundialDeLaSalu-2781925.pdf>
- Alonso Jiménez, R., & Moros García, M. T. (2011). Intervención psicomotriz en personas mayores. Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG, (14)
- Asociación Colombiana de Audiología (ASOAUDIO). Revista Congreso 2006. Protocolos Clínicos.
- Ausique, E., Cobos, L., Colorado, A., Ibáñez, M., Portilla., Natalia (2011) *Efectos socioemocionales de la pérdida auditiva en un grupo de adultos mayores en la ciudad de Bogotá antes y después de la adaptación de audífonos*. Corporación Universitaria Iberoamericana. Facultad de Comunicación Humana y Fonoaudiología. Bogotá. Colombia
- Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones.
- Barra, E. (2003). Apoyo social, estrés y salud. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/848/1562>
- Barrera, M. (2017) *Asociación entre el uso de audífonos y la calidad de vida en adultos mayores*. School of Advanced Education Research and accreditation.
- Berriel, F., Lladó, M. (2004). "La participación de los Adultos Mayores: vicisitudes en la construcción de sujetos de cambio". En Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología, VII Jornadas de Psicología Universitaria (pp- 342-347). Montevideo
- Bianchi, MA. (2009) Desordenes de Procesamiento Auditivo (Central). Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología. Revista FASO, año 16 – No. 2
- Bonilla, M. A. (2014). ¿Qué es Calidad de Vida? Boletín Científico de la Escuela

- Botero, B; Pico, M. (2007). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24. Retrieved February 16, 2021, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&tlng=es.
- Browne, J.R., O'Boyle, C.A., McGee, H.M., Joyce, C.R.B., McDonald, N.J., O'Malley, K., y Hiltbrunner, B. (1994). Calidad de vida en los individuos sanos de la tercera edad: Investigación sobre la Calidad de vida. *Quality of life Research*, 3, 235-244.
- Cabrero Almenara, J. y Llorente Cejudo, M. C. (2013), La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información (TIC). En *Eduweb. Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 7 (2) pp.11-22. Disponible en <http://tecnologiaedu.us.es/tecnoedu/images/stories/jca107.pdf>
- Cáceres, P (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, revista de la escuela de psicología. Facultad de filosofía y educación. Pontificia universidad católica del valparaíso. Vol II. (p.53-82).
- Cardona, J. Higueta L. (2014). *Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida*. Revista cubana de salud pública. Recuperado el 20 de mayo del 2021 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2014/csp142c.pdf> .
- Carmona–Valdés, Sandra Emma, & Ribeiro–Ferreira, Manuel. (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de población*, 16(65), 163-185. Recuperado en 18 de mayo de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000300006&lng=es&tlng=es.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C., y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de psicología*, 14(1), 3-15
- Carreño, JA (2016). Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. *pers.bioét.* 2016; 20(2): pp. 232-243. DOI: 10.5294/ pebi.2016.20.2.8

- Campos, F., León, D., Rojas, M (2011) Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir mas y mejor. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vicerrectoría de comunicaciones y educación continua. Programa adulto mayor. Centro de geriatría y gerontología. Santiago de Chile
- Cano, C. A., Borda, M. G., Arciniegas, A. J., y Parra, J. S. (2014). Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE. *Instituto Nacional de Salud Bogotá, Colombia*, págs. 574-579.
- Cardemil, F. (2016) *Adherencia al uso de audífonos en adultos mayores con hipoacusia: un ensayo clínico aleatorizado y consideraciones para la definición programática*. Universidad de Chile, facultad de medicina, escuela de postgrado. Escuela de salud pública. Santiago de Chile
- Cash, T. F. (1990) Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image. New York. Guilford
- Castillo, A., Arocha, C., Armas, NB., Castillo, I., Cueto, ME., Herrera, ML. (2008) Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 27(3-4). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000300003
- Castillo, Y., Ibarra, A., Viveros, D., y Ujueta, A. (2017). *Uso de Audífonos en Adultos Mayores: Factores personales y ambientales involucrados*. *Areté*,17(1), 15-19. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.17103>
- Cequea, M. M., Monroy, C. R., y Bottini, M. A. N. (2011). La productividad desde una perspectiva humana: Dimensiones y factores. *Intangible capital*, 7(2), 549-584.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psycho-somatic Medicine*, 38, 300-310
- Cohen, S. (2003). psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. En P. Salovey y A.J. Rothman (Eds.), *Social Psychology of Health*, Nueva York: Psychology Press.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y El Desarrollo. Convención Marco Sobre el Cambio Climático. Encuentro núm. 140

- CONGRESO DE COLOMBIA. *Ley estatutaria 1581 del 2021*. recuperado de https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1581_2012.pdf
- Contreras, N., Trejo, J. A. (2006). Manual para la exploración neurológica y las funciones cerebrales superiores. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de estudios superiores Zaragoza. Segunda edición. México, D.F.
- Coronado, J. Diaz, C. Apolaya, M. Manrique, L. Arequipa, J. (2009). Perception of health-related quality of life in elderly subjects living in Chiclayo. *Acta méd. peruana* v.26n
- Cuervo Echeverri, C. (1998). *La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional*. Universidad Nacional de Colombia.
- Christiansen, C, H. Hammecker, C, L. (2001). Self care in B. R. Bonder y M. B. Wagner. (Eds). *Functionalperformance in other adults* (pp. 155-175). Philadelphia: F. A. Davis.
- DANE, información para todos. (2005). Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
- Dalton, H. I. (1995). El Envejecimiento con Salud y la Calidad de la Vida. *Forum Mundial de la Salud* 16 (4), 381-391.
- Del Valle, G., y Colli, L. (2011) *Envejecimiento saludable*. Institut de l'Envel·liment de la Universidad Autònoma de Barcelona FICE-UAB
- Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS. (2018). Resolución 0314 de 2018 "Política de Ética de la Investigación, Bioética e Integridad Científica". Obtenido de https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/reglamentacion/resolucion_0314-2018.pdf
- Dey, I. (1993), *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientits*, Londres, Routledge.
- Dhar H, Dhar D. (2012). Informed consent in clinical practice and literature overview. *Arch Gynecol Obstet*. 286(3):649-651
- Dret, O. d. (1979). El informe de Belmont. Obtenido de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.

- Diaz, C., y Goycolea, M. (2016). *HEARING LOSS: TRANSCENDENCE, INCIDENCE AND PREVALENCE*. Clínica las Condes, 731-739.
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. En *Avances en Medición*, 6, pp. 27-36. Disponible en http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Espinoza, Iris, Osorio, Paulina, Torrejón, María José, Lucas-Carrasco, Ramona, y Bunout, Daniel. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Fajardo Ramos, E., Córdoba Andrade, L., & Enciso Luna, J. E. (2016). Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. *Comunidad y Salud*, 14(2), 33-41
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16, Nº 1, pp. 51-74.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. Colegio Oficial de Psicólogos. Spain. Autonomy University of Madrid, *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
- Fuentes, C. L. C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 14(3), 365-377.
- Flores Villavicencio, María Elena, & Troyo Sanromán, Rogelio, & Cruz Ávila, Martha, & González Pérez, Guillermo, & Muñoz de la Torre, Armando (2013). Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXII(2), 179-192. [fecha de Consulta 22 de Mayo de 2021]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281931436010>

- Flores-Herrera, B. I., Castillo-Muraira, Y., Ponce-Martínez, D., Miranda-Posadas, C., Peralta-Cerda, E. G., y Durán-Badillo, T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 83-88.
- García, M. R. (2006). La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica. *Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura*, 45-62.
- Garrido, M., & Cerpa, J. (2014). Calidad de vida: evolución histórica, perspectivas y consideraciones. *Revista Médica Electrónica*.
- Garrote, P. R., & Rojas, M. C. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística aplicada*. Nebrija, España. Recuperado de: https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf
- Giorgi, A. (Ed.) (1985). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburg: Duquesne University press.
- Giusti L. (1991) Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.
- Gómez JF, Curcio CL. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales: Tizan; 2002. 104-393.
- González, J., De la Fuente, R. (2014) Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 7, núm. 1, 2014, pp. 121-129 Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz, España
- González, C., Monje, G., Pérez, K. (2019) Importancia de la Binauralidad en la Adaptación de Prótesis Auditivas: Revisión Sistémica. *Revista EspacioLogopédico.com* Época: 1. Numero: 402.
- Gotay CC, Korn EL, McCabe MS, Moore TD, Cheson BD. (1992). Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *J Natl Cancer Inst*; 84 (8): 575-579.

- Guimerá, J. A., y Altuna Mariezcurrena, X. (2013). Rasgos clínicos e impacto social de la presbiacusia. En c.c GAES, Libro blanco de la presbiacusia (capítulo 5). España
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*; 118(8):622-629.
- Grinell, R. M. (1997). Social work research & evaluation: Quantitative and qualitative approaches (5a. ed.). Itaca: E. E Peacock Publishers.
- Groenewald, T. (2004). A Phenomenological Research Design Illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1-26.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. Cuarta edición. McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de CV. México D.F.
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., y Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*, 19, 393-395.
- Hull, R. (1978). Hearing evaluation of the elderly. In J. Katz (Ed.), *Handbook of clinical audiology*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Janesick, V. (1998). *Stretching: Exercises for qualitative researches*. Thousand Oaks, CA, EE.UU.: Sage.
- Jurema, A.C., Pimentel, M.L., Cordeiro, T. & Nepomuceno, A.G. (2006). Disclosing the Making of Phenomenological Research: Setting Free the Meanings of Discourse. *Forum:Qualitative Social Research* (Online), 7(4), art. 7.
- Krippendorff, K. (1990) *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona Paidós.
- Krzemien, D. (2001). Calidad de Vida y Participación Social en la Vejez Femenina. Ponencia presentada en la IV Reunión de Antropología del MERCOSUR. Curitiba, Brasil. [En línea]. Consultado: [noviembre 2010]. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar/BrasilSituacionAM.htm
- Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada.

- Lawrence, B. J., & Jayakody, D. (Marzo 2019). Hearing Loss and Depression in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Gerontologist*.
- Leal, D; Bermudez, G; Daza, C; Perdomo, D; Jaramillo, S; Huertas, S. (2011). *Caracterización de la pérdida auditiva en el adulto mayor del Departamento de Cundinamarca*. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá. Colombia
- Leal, D., Bermudez, G., Cardenas, S., Martinez, K., Rodriguez, A., Rozo, K., Sanchez, J., Zuath, K. (2011). *Protocolo para la adaptación de audífonos en el adulto mayor*. Facultad de Comunicación Humana y Fonoaudiología. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá. Colombia
- Li-Korotky, H. S. (2012). Age-related hearing loss: quality of care for quality of life. *Gerontologist*, 265-71.
- Lopategui Corsino, E. (1997). *El Ser Humano y la Salud* (7ma. ed., pp. 1 – 61). San Juan, PR: Publicaciones Puertorriqueñas, Inc.
- Lotfi , Y., y Mehrkian, S. (2009). *Quality of life improvement in hearing-impaired elderly people after wearing a hearing aid*. *Arch Iran Med.*, 365–370.
- López, R., Deslauriers, J. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social. Available from: <https://goo.gl/odfcju>.
- Martín Arribas, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. En *Matronas Profesión*, 5 (17), pp.23-29. Disponible en http://enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf
- Martín Ortiz, J. D., Sánchez Pérez, M. J., y Sierra, J. C. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Ter. psicol*, 29-37.
- Maya, S.L.H. (2003). Componentes de la calidad de vida en adultos mayores. Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación. Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación - FUNLIBRE Costa Rica. [En Línea]. Consultado: [septiembre 2006]. Disponible en: www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm
- Mayring, P. (2000) Qualitative content analysis. *Forum qualitative social research*, 1(2) Recuperado Octubre 10, 2002, de la World Wide Web: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>

- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé* .Santiago, 13(1), 79-89.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education. Revised and Expanded from" Case Study Research in Education."*. Jossey-Bass Publishers, 350 Sansome St, San Francisco, CA 94104.
- Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C., y Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 115–124. doi:10.1590/1413-81232018241.35302016)
- MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. (Octubre de 1993). *Resolución 8430 de 1993*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/R/ESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. (Julio de 1999). *Resolución 1995 de 1999*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
- Ministerio de Salud y protección Social (2014). Lineamientos para la Promoción y gestión integral de la salud auditiva comunicativa “Somos todo oídos”. Bogotá. Colombia.
- MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. (Enero de 2020). *Ley 2015 de 2020*. Obtenido de <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%202015%20DE%202015%20DE%20ENERO%20DE%202020.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. *Plan decenal de salud pública PDSP 2012 - 2021*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- Ministerio de Salud y protección Social (2017) Abecé Salud Auditiva y Comunicativa “Somos todo oídos” <https://bit.ly/3fAuB2f>

- Molina, S.C., Meléndez, M. J. C., y Navarro, P, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. España; *Anales de Psicología*, 24 (2), 312-319
- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona. Hacia una psicoterapia mundana*. Santiago de Chile: Editorial Universidad de Santiago.
- Moreno López, Salvador y (2014), "LA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA: UNA PROPUESTA PARA LA INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA." *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, Vol. XX, núm.1, pp.71-76 [Consultado: 12 de Mayo de 2021]. ISSN: 1809-6867. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357733920009>
- Mulrow, C. D., Aguilar, C., Endicott, J. E., Velez, R., Tuley, M. R., Charlip, W. S., y Hill, J. A. (1990). Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(1), 45-50.
- Noble, W. (2006). Bilateral hearing aids: A review of self-reports of benefit in comparison with unilateral fitting. *International Journal of Audiology*.
- Navas, M., Guerrero, M. A. (2016). *Salud, familia y bienestar*. Ed. Universidad de Almería
- Nachtegaal J, Smit JH, Smits C, Bezemer PD, van Beek JH, Festen JM, Kramer SE. The association between hearing status and psychosocial health before the age of 70 years: results from an internet-based national survey on hearing. *Ear Hear*. 2009 Jun;30(3):302-12. doi: 10.1097/AUD.0b013e31819c6e01. PMID: 19322094.
- Organización Mundial de la Salud (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Consultado en http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Recuperado el Mayo de 2020, de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud. Versión Abreviada.
- Organización Mundial de la Salud, Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002; 37 (S2): 74-105.

- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsancar las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible en https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización mundial de la Salud. (2021). Envejecimiento y ciclo de vida.
- Ortiz Arriagada, Juana Beatriz, y Castro Salas, Manuel. (2009). BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADULTOS MAYORES, SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA Y LA AUTOEFICACIA: CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>)
- Otero, A., Zunzunegui, M., Beland, F., Rodríguez, A., García, M. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Documentos de trabajo. Fundación BBVA. Universidad Autónoma de Madrid. Universidad de Montreal.
- Paterne G, Bardales y, Martínez M. (2012) Calidad de vida. En: Abizanda P. Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier; p. 155-62.
- Penalva, C., Alaminos, A., Francés, F., Santacreu, O. (2015). La investigación cualitativa: técnicas de investigación y análisis con Atlas. Ti. Pydlos Ediciones. Universidad de Cuenca
- Pérez, V. (2019) *Factores que influyen en el proceso de negación del uso de audífonos en población geriátrica*. Programa de Patología de Habla – lenguaje de la Universidad Ana-Méndez Recinto de Gurabo
- Pérez, Mariana. (Última edición:11 de febrero del 2021). Definición de Emoción. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/emocion/>. Consultado el 18 de mayo del 2021
- Pillemer, K., Moen, P., Glasgow, N., y Wethington, E. (Eds.). (2000). *Social integration in the second half of life*. JHU Press.

- Prieto, D. Etxeberria, I. Galdona, N. Urdaneta, E, Yanguas, J. (2009). Colección estudios serie personas Mayores. Madrid. Fundación INGEMA Primera edición.
- Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2006). Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM.
- Quintanar, A. (2010). Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento Whoqol-Bref. Universidad Autónoma de Hidalgo.
- Ramírez, J; Sánchez, L, Torres, J. (2020). *Satisfacción en la adaptación de audífonos en pacientes en un centro auditivo en Cali utilizando el perfil abreviado del beneficio de audífonos (APHAB)*.
- Real Academia Española. (s.f.). Diccionario de la Lengua Española. Recuperado el 13 Octubre de 2020, de <https://dle.rae.es/calidad#CxIV49c>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Rippel, J. A., Medeiros, C. A. D., y Maluf, F. (2016). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y Resolución CNS 466/12: análisis comparativo. *Revista Bioética*, 24(3), 603-612.
- Rivas, J, Ariza. H., (2007). Tratado de Otología y Audiología Diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico. (2da Edición). Bogotá: Colombia.
- Rodríguez, H. (2017) *Prevalencia de desordenes auditivo vestibulares en el adulto mayor institucionalizado en la ciudad de Bogotá D.C.* Universidad Nacional de Colombia.
- Romero Placeres, M., Álvarez Toste, M., & Álvarez Pérez, A. (2007). Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 45(2), 0-0.
- Romney DM, Jenkins CD, Bynner JM. (1992). A structural análisis of health-related quality of life dimensions. *Human Relations*. 45 (2): 165-176.
- Saavedra, J. (1999). Consentimiento informado. *Rev Médico Leg.V* (1):9-20.
- Salgado, L.A. (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Universidad de San Martín de Porres. LIBERABIT: Lima (Perú) 13: 71-78.

- Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco). Cal. Del Hueso 1100. 04960 México DF México.
- Sebastián J, Manos D, Bueno M, Matero N. (2007). *Imagen Corporal y Autoestima en mujeres con Cáncer de mama participantes en un Programa de Intervención Psicosocial*. Revista Ciencia y Salud; 18 (2): 137-161.
- Siegrist^o, J., Fernández-López^o, J. A., y Hernández-Mejía, R. (2000). Perspectiva sociológica de la calidad de vida. Med Clin (Barc), 114, 22-24.
- Schwartzmann, L.; Olaizola, I.; Guerra A.; Dergazarian, S.; Francolino C.; Porley, G.; y Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. Revista Médica del Uruguay. Vol.15, N°2. Agosto: 103-109
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Skevington SM, Lotfy M, y O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res 2004; 13: 299-310.
- Stach, B., y Ramachandran, V. (2015). *Hearing Aids : Strategies of Amplification*. En Flint, Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery (pág. capítulo 162). Elsevier
- Starkey Hearing Technologies (2003) *Su viaje hacia una mejor audición: guía para vivir una vida auditiva saludable*. Recuperado de: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/BKLT2634-01-LS-XX-Spanish-Your-Hearing-Journey-Booklet.pdf>
- Tamblay N, Pastene A, Rahal M. (2008) *Impacto social del uso de audífonos en adultos mayores*. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós Básica.
- Testa M. (1996). Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. N Engl J Med, Volume 334(13). March 28, 835-840.

- Torres, H.M., Quezada, V.M., Rioseco, H.R., y Ducci, V. M.E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Quality of life of elderly subjects living in basic social dwellings. *Rev. Méd. Chile Santiago*, 136 (3), 325-333
- Thompson, J. K. (1990) Body image disturbance. Assesment and treatment. New York. Pergamon Press
- Ucha Florencia| Sitio: Definición ABC | Fecha: junio. 2015 | URL: <https://www.definicionabc.com/economia/recursos-economicos.php>
- Urzúa M, Alfonso, y Caqueo-Úrizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Varela, L., Gallego, E. (2015). Percepción de la calidad de vida de un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud Soc Uptc*. 2015;2(1): pp. 7-14.
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista CAES* 2012;3(1):119-39.
- Vaux, A. (1988). Social support: Theory, research and intervention. Nueva York: Preager
- Verdugo, M. A., Schalock, R., Wehmeyer, M., Caballo, C., y Jenaro, C. (2001). Indicadores transculturales de calidad de vida: evaluación de su importancia y uso. Salamanca: Universidad de Salamanca
- ·Verdugo Alonso, M.A. (2002). Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. En R. Pérez Gil (Ed). *Hacia una cálida vejez: calidad de vida para la persona mayor con retraso mental (pp.: 79-100)* Colección FEAPS/Nº 3. Madrid.
- Vivaldi, F., Barra, E. (2012) Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*. (2012; 30 (2): 23-29)
- Walker, W. (2011). Hermeneutic inquiry: insights into the process of interviewing. *Nurse Researcher*, 18(2), 19-27.
- WALLON, H y LURÇAT, L. (1987). Dessin, espace et schéma corporal chez l'enfant, Les Editions Esf, Paris.
- Weinstein, B. (2000). *Geriatric Audiology*. New York: Thieme Stuttgart

- WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med.; 41(10):1.403-1.409
- Zambrano, D., Ayala, E (2019) *Efecto del uso de audífonos en la calidad de vida de pacientes mayores de 65 años con hipoacusia neurosensorial, en un centro audiológico de Quito*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

8. ANEXOS

ANEXO 1. GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

**CORPORACIÓN COLOMBIANA IBEROAMERICANA
FACULTAD EN SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN AUDIOLOGIA**

FECHA: _____ HORA: _____ LUGAR: _____

ENTREVISTADOR: _____

DURACION DE LA ENTREVISTA: _____

NOMBRE:		DOCUMENTO: C.C.
EDAD:	GÉNERO:	OCUPACIÓN:
ESTADO CIVIL:		ESCOLARIDAD:
FECHA DE ADAPTACIÓN:		TIEMPO DE USO:
DIRECCIÓN:		NUMERO DE CONTACTO:
ESTRATO SOCIOECONOMICO:		SEGURIDAD SOCIAL:

GENERALES:

- Hábleme de Ud. por ejemplo que hace, a que se dedica, con quién vive o lo que quiere compartir acerca de su vida....
- Con sus palabras me podría decir ¿qué es para Ud. salud auditiva?
- ¿Cree Ud. que su salud auditiva está relacionada con la calidad de vida y por qué?

DIMENSIÓN FÍSICA

- Para Ud. ¿Cuáles son los factores que lo llevaron al uso de ayuda auditiva?
- ¿Cuéntenos, cómo considera Ud. que el uso de ayuda auditiva bilateral está relacionado con sus actividades de rutina o de la vida diaria?
- ¿Qué piensa Ud. de las ayudas auditivas y el uso diario?

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

- ¿Emocionalmente, qué sentimientos le genera el uso de ayuda auditiva bilateral?
- ¿Cómo ha sido su experiencia en los aspectos relacionados con el aprendizaje, la memoria y la concentración, antes y después del uso de ayuda auditiva bilateral?
- ¿Con respecto a la parte estética, describa como se siente con el uso de ayuda auditiva bilateral?

DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES

- ¿Que nos puede decir acerca de sus relaciones familiares, antes y después de ser usuario de ayuda auditiva bilateral?
- ¿Cómo ha sido esa experiencia de escucha con y sin ayuda auditiva bilateral en actividades sociales? (amigos, reuniones sociales y actividades comunitarias, entre otras...)
- Nos puede relatar, ¿cómo perciben sus familiares y amigos, que Ud. sea usuario de ayuda auditiva bilateral?
- ¿De qué manera su familia y amigos han participado en su experiencia como usuario de ayuda auditiva?

DIMENSIÓN AMBIENTE

- Desde su experiencia, ¿cómo ha sido el acceso a la información en las actividades de la vida diaria con el uso de su ayuda auditiva bilateral? (por ejemplo, en el supermercado, cuando ve televisión, en las diligencias bancarias, citas médicas, cuando recibe mensajes de audio, o al escuchar la radio, entre otros...)
- ¿Cómo percibe su autonomía e independencia para realizar las actividades de rutina y de interés, antes y después del uso de ayuda auditiva bilateral?
- ¿Qué relación considera Ud. Tienen los recursos económicos y el uso de ayuda auditiva?
- ¿Cómo ha sido su experiencia en el entorno físico en el que vive con respecto al clima y ruido, teniendo en cuenta que es usuario de ayuda auditiva bilateral?
- Cuéntenos, cómo ha sido su experiencia con el sistema de salud, con su EPS y los profesionales que lo atienden

ANEXO 2. PRELIMINAR GUION DE ENTREVISTA. PRIMER PILOTAJE

**CORPORACION COLOMBIANA IBEROAMERICANA
FACULTAD EN SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN AUDIOLOGIA**

FECHA: _____

NOMBRE:		CEDULA:
EDAD:	SEXO:	OCUPACION:
ESTADO CIVIL:		ESCOLARIDAD:
FECHA DE ADAPTACION:		TIEMPO DE USO:
DIRECCION:		TELEFONO:

- ¿Cómo se siente emocionalmente desde que utiliza ayudas auditivas y por qué?
- ¿Cómo es la sensación de escucha sin el uso de ayudas auditivas y con el uso de ayudas auditivas, en:
 - ambientes ruidosos
 - en ambiente silencioso
 - en reuniones familiares y sociales
 - en ambiente externo
 - para la música
 - en el uso de teléfono
 - viendo televisión
 - escuchando radio
 - para mantener una conversación
 - en su actividad laboral
 - participación en actividades de la vida social comunitario (iglesia, clubes, junta local)
 - en sus actividades cotidianas
- ¿Cómo es su salud auditiva con el uso de ayudas auditivas y sin ellas?
- ¿Qué beneficios siente con el uso de sus ayudas auditivas?
- ¿Percibe algún tipo de cambio en sus expectativas y bienestar antes y después del uso de ayudas auditivas?

Ambiente:

- ¿Cuál es la relación costo beneficio que tiene con las ayudas auditivas?
- ¿Siente acompañamiento profesional por parte de su audiólogo?
- ¿Siente que los procesos administrativos de su EPS facilitan o dificultan el acceso a sus ayudas auditivas?

ANEXO 3. PRELIMINAR GUION DE ENTREVISTA. SEGUNDO PILOTAJE

**CORPORACION COLOMBIANA IBEROAMERICANA
FACULTAD EN SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN AUDIOLOGIA**

FECHA: _____

NOMBRE:		CEDULA:
EDAD:	SEXO:	OCUPACION:
ESTADO CIVIL:		ESCOLARIDAD:
FECHA DE ADAPTACION:		TIEMPO DE USO:
DIRECCION:		TELEFONO:

GENERALES:

- Hábleme de Ud. por ejemplo que hace, a que se dedica, con quién vive o lo que quiere compartir acerca de su vida....
- Con sus palabras me podría decir ¿Qué es para Ud. salud auditiva?
- ¿Cree Ud. que su salud auditiva está relacionada con la calidad de vida y por qué?
- ¿Cómo describe su calidad de vida antes y después de usar ayuda auditiva?

DIMENSIÓN FÍSICA

- ¿Cuéntenos el uso de ayuda auditiva influye en las actividades de su vida diaria? Y de qué manera
- ¿Cuéntenos, cómo considera Ud. que el uso de ayuda auditiva bilateral está relacionado con sus actividades de rutina o de la vida diaria?
- ¿Qué piensa Ud. de las ayudas auditivas y el uso diario?

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

- ¿Emocionalmente, qué sentimientos le genera el uso de ayuda auditiva bilateral?
- ¿Cómo ha sido su experiencia en los aspectos relacionados con el aprendizaje, la memoria y la concentración, antes y después del uso de ayuda auditiva bilateral?
- ¿Con respecto a la parte estética, describa cómo se siente con el uso de ayuda auditiva bilateral?

DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES

- ¿Que nos puede decir acerca de sus relaciones familiares, antes y después de ser usuario de ayuda auditiva bilateral?

- ¿Cómo ha sido esa experiencia de escucha con y sin ayuda auditiva bilateral en actividades sociales? (amigos, reuniones sociales y actividades comunitarias, entre otras...)
- Nos puede relatar, ¿cómo perciben sus familiares y amigos, que Ud. sea usuario de ayuda auditiva bilateral?
- ¿De qué manera su familia y amigos han participado en su experiencia como usuario de ayuda auditiva?

DIMENSION AMBIENTE

- Desde su experiencia, ¿cómo ha sido el acceso a la información en las actividades de la vida diaria con el uso de su ayuda auditiva bilateral? (por ejemplo, en el supermercado, cuando ve televisión, en las diligencias bancarias, citas médicas, cuando recibe mensajes de audio, o al escuchar la radio, entre otros...)
- ¿Cómo percibe su autonomía e independencia para realizar las actividades de rutina y de interés, antes y después del uso de ayuda auditiva bilateral?
- ¿Qué relación considera Ud. Tienen los recursos económicos y el uso de ayuda auditiva?
- ¿Cómo ha sido su experiencia en el entorno físico en el que vive con respecto al clima y ruido, teniendo en cuenta que es usuario de ayuda auditiva bilateral?
- Cuéntenos, cómo ha sido su experiencia con el sistema de salud, con su EPS y los profesionales que lo atienden

ANEXO 4. PERFIL DE LOS JUECES EXPERTOS

Jueces Expertos	Presentación
Audióloga Paula Andrea Chávez	Fonoaudióloga, Especialista en Audiología. Realizó sus estudios de pregrado y postgrado en la Corporación Universitaria Iberoamericana. *Miembro Activo de la Asociación Colombiana de Audiología-ASOAUDIO. Audióloga clínica, con experiencia en audiología básica y en la evaluación e intervención audiológica en el área de adaptación de prótesis y ayudas auditivas en población pediátrica y adulta mayor. Encargada de la realización de exámenes audiológicos básicos y procedimientos de Telemetría intraoperatoria en el servicio de Implante Coclear de la Clínica Rivas
Audióloga Cielo Rocio González	Fonoaudióloga egresada de la Universidad del Rosario, Especialista en Audiología de la Escuela Colombiana de Rehabilitación. *Miembro Activo de la Asociación Colombiana de Fonoaudiología-ASOFONO *Miembro Activo de la Asociación Colombiana de Audiología-ASOAUDIO. Experiencia laboral en diferentes áreas y participe de diferentes publicaciones de artículos y revistas. Audióloga clínica, con experiencia en audiología básica y en la evaluación e intervención audiológica en el área de adaptación de prótesis y ayudas auditivas en población adulta mayor Entrenamiento y manejo de dispositivos biomédicos para la rehabilitación auditiva y comunicativa de la población pediátrica y adulta.

ANEXO 5. FORMATO DE CALIFICACION DE JUECES EXPERTOS

Fecha: _____

Nombres y Apellidos: _____

Cédula: _____ Tarjeta Profesional: _____

Perfil profesional: _____

Años de Experiencia en Audiología:

- Con población adulta mayor: _____
- En evaluación y adaptación de ayudas auditivas: _____

ASPECTOS EVALUAR INSTRUMENTO (GUION ENTREVISTA)	A DEL DE	D	A	B	E	PUNTAJE	OBSERVACIONES GENERALES
• Organización del guion							
• Coherencia con el diseño de la investigación							
• Suficiencia de las preguntas para abordar el tema de interés							
• Estructura de la pregunta							
• Pertinencia de las preguntas							

D: Deficiente (1.0 – 2.9); A: Aceptable: (3.0 – 3.9); B: Bueno: (4.0 – 4.7); E: Excelente (5.0)

Observaciones, recomendaciones y sugerencias:

Adjuntos: Fotocopia documento de identidad, fotocopia tarjeta profesional e instrumento

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

DIA	MES	AÑO



**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES
USUARIOS DE ADAPTACIÓN AUDITIVA BILATERAL”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como propósito invitarlo a participar en una entrevista la cual hace parte de un proyecto investigativo que contribuye con el objetivo de: describir cómo es la percepción de calidad de vida de un grupo de adultos mayores asistentes a una IPS de la ciudad de Bogotá, usuarios de ayuda auditiva bilateral desde las dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y ambiente a partir de sus propias experiencias vividas.

Este estudio se presenta como propuesta de investigación por parte de las estudiantes del Postgrado de Audiología de la Corporación Universitaria Iberoamericana: Angélica Vanesa Rodríguez Buitrago, Mary Luz Daza y Maritza Aguilar Guerrero, bajo la supervisión del docente asesor e investigador Jaime Alberto Méndez Castillo y con el aval del Comité de Ética en investigación de la Universidad en mención.

Esta investigación sigue los lineamientos de la declaración universal sobre bioética y derechos humanos (2005) donde se promueve el respeto a la vida, la dignidad humana y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales. De igual manera siguiendo lo establecido en el informe Belmont (1978), esta investigación se regirá sobre los tres principios básicos referidos al respeto a las personas, beneficencia y justicia.

No pretende manipular la realidad, ni intervenir sobre los resultados; lo que busca es conocer como ha sido su experiencia con el uso de ayuda auditiva bilateral.

Acorde con lo estipulado en el artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud;

a continuación, se informa en qué consiste su participación y la protección de la información e identidad de quien la suministra

- Su participación en este estudio consiste en relatar su experiencia vivida como usuario de ayuda auditiva bilateral, a través de una entrevista, en donde las preguntas están organizadas por temas relacionados con el aspecto físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente.
- La entrevista se va a realizar de manera presencial, con tiempo ilimitado, en las instalaciones de la IPS a donde asiste de manera periódica a los controles.
- Las entrevistas serán grabadas en audio, para posterior transcripción y análisis.
- Esta investigación presenta un riesgo mínimo ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada a nivel biológico, fisiológico, psicológico, ni social.
- Teniendo en cuenta que, la aplicación de la entrevista es de manera presencial en la Institución Prestadora de Salud, el procedimiento se llevará a cabo con los protocolos de Bioseguridad por emergencia sanitaria COVID-19 estipulados y adoptados por la IPS.
- El investigador, está dispuesto a resolver las inquietudes que se puedan presentar.
- La información obtenida en esta investigación será mantenida en estricta reserva, garantizando su derecho a la intimidad personal y familiar y a su buen nombre durante el tratamiento de datos personales y en consecuencia todas sus actuaciones se regirán por los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad por el grupo de investigación, así como lo estipula la Ley estatutaria 1581 de 2012.
- Es importante que usted tenga presente que la decisión de participar es completamente voluntaria. En el caso que decida retirarse, lo puede hacer sin perjuicio ni explicación alguna.
- Debe tener en cuenta que usted no debe realizar ninguna inversión económica y tampoco recibirá reconocimiento monetario por su participación.
- El investigador podrá proporcionarle si es su voluntad, información de los resultados de la investigación de manera inmediata.
- El manejo de dicha información seguirá estrictamente lo estipulado en la Declaración de Helsinki en cuanto a la obligación de mantener la exactitud de los datos y resultados.
- Su participación le permite la oportunidad de expresar y manifestar su experiencia como usuario de ayuda auditiva bilateral, que, al ser abordada desde las dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, permiten a través de este estudio de carácter investigativo, el acercamiento a una visión integral y real sobre su percepción de calidad de vida.

Para finalizar, si considera que no existen inquietudes sobre su participación y si así lo desea, puede firmar el consentimiento informado que hace parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con
C.C _____ de la ciudad de _____ siendo las
_____ horas del día _____ manifiesto mi interés de
participar en el proyecto investigativo anteriormente referenciado, dado que tengo plena
claridad del objetivo del mismo.

_____ Nombre	_____ Identificación	_____ Firma.
-----------------	-------------------------	-----------------

_____ Testigo	_____ Identificación	_____ Firma.
------------------	-------------------------	-----------------

ANEXO 7: MATRIZ DE CONTINGENCIA DE CODIFICACION DE SEGMENTOS

CODIGO	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CODIGO SUBCATEGORIA
DF	Dimensión física	1. Factores determinantes en el uso de ayuda auditiva bilateral 2. Habilidad para realizar actividades de la vida diaria y uso de ayuda auditiva bilateral	FD-AB HAD-AB
DP	Dimensión Psicológica	1. Imagen corporal y uso de ayuda auditiva bilateral 2. Funciones superiores y uso de ayuda auditiva bilateral 3. Emociones y uso de ayuda auditiva bilateral.	IC-AB FS-AB E-AB
RS	Relaciones Sociales	1. Relaciones personales y uso de ayuda auditiva bilateral 2. Actividades sociales y uso de ayuda auditiva bilateral 3. Apoyo de familiares y amigos y uso de ayuda auditiva bilateral	RP-AB AS-AB AFA-AB
A	Ambiente	1. Acceso a la información en actividades de la vida diaria y ayuda auditiva bilateral. 2. Factores del entorno físico y uso de ayuda auditiva bilateral. 3. Recursos económicos y uso de ayuda auditiva bilateral 4. Oportunidad y Acceso a los servicios de salud y uso de ayuda auditiva bilateral	AI-AB FEF-AB RE-AB OAS-AB

ID	SEUDONIMO	SEGMENTO	CODIGOS											
			DF		DP			RS			A			
			FD	HAD	IC	FS	E	RP	AS	AFA	AI	FEF	RE	OAS
			AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB
		"....."												

ID	SEUDONIMO	SEGMENTO
1	TOMAS	"mi vida cambio bastante a partir del uso de los audífonos, porque yo me sentía aislado" "realmente más, más participativo"
2		realmente es necesario, a veces uno es un poquito terco y se (risa E) aísla, deja de usarlos porque como que le cansan, entonces a veces le da a uno pereza usarlo, pero realmente es un mal necesario.
3		mire, a mí la eps le autorizo un solo oído y a mí me disgusto me toco pelear bastante para que me autorizaran el otro oído porque es que yo andaba cojo." y se siente la diferencia"
4		"a mí me da mucha alegría poder escuchar a la gente" "es alegría, es alegría, tener todo, todo ser, su capacidad de comunicación plena"
5		"yo bien, muy bien, muy muy bien" "bien me siento conforme, pleno"
6		"también mejora, mejora, es que si se mejora la comunicación eso es a todo nivel, hacia afuera de la familia y dentro de la familia, mucho más dentro de la familia porque es donde más se necesita comunicación"
7		"en una reunión social, sin los audífonos esta uno aislado, con los audífonos ya como le había dicho antes se vuelve uno mucho más participativo y más si uno tiene cierto grado de comunicación y de estar con la gente más, yo como profesor necesitaba mucho más eso"
8		"cuando uno no les escucha y no les puede contestar entonces ahí si se da uno cuenta de la reacción, que como que a veces también lo ignoran"
9		"antes a veces necesitaba que me repitieran las palabras, o que me aclararan algunas cosas porque no las captaba completamente"
10		"necesitaba que alguien estuviera conmigo para que me contara lo que estaban diciendo"
11		"sí, más independencia"
12		"mire, al principio me molestaban los audífonos, porque antes no escuchaba ruidos, inclusive yendo por la calle me molestaba el pasaje de los carros con los audífonos, entonces me toco venir aquí para que me le bajarán un poquito el volumen un poquito",
13		"si influye bastante, porque hay que tener recursos para poder gozar de esto, porque no se lo dan la eps así de buenas a primeras, hay que estar peleando hay que aportar, por ejemplo, aportar lo de las pilas, continuamente"

14		"para muchos trabajos yo necesito el oído, porque yo trabajo con sonido" ... "yo estoy activo en mis trabajos"... "entonces para mí esto es muy importante".
15		"para mí sería una maravilla que ya hubiera para los audífonos pilas recargables, para no estar dependiendo de estar comprando".
16	FLOR	"Volver a empezar de nuevo como los micos (risa), escuchar y vivir en el amb...en un ambiente bien y todo, volver a escuchar, volver a sentir los murmullos, los ruidos en toda parte, las voces de las personas bien como debe ser"
17		"Yo pienso que... a través de esto uno le entran actividades y cosas muy importantes porque ya uno escucha bien y ya nuevamente cómo renacer la vida"
18		"yo me quito los, los audífonos yo ya no escucho nada, no siento, no nada" "siento que, se lo quita uno hasta ahí fue"
19		Claro porque por lo menos ya con mis audífonos yo puedo hacer las actividades físicas, todo, todo lo que sea, porque eso lo ayuda a uno más también cuando le empiezan a la que una actividad, a decir los números tan...1, 2, 3, 4...(risa), a ver si uno está escuchando bien, si uno no escucha...
20		"pues me haría sentir, decirle que alegría porque escuchó todo, escucho todo, con ellos"
21		"me he sentido muy bien, así no me tienen que gritar"
22		"no me molestan nada, es como si yo no tuviera nada (ujum), en cambio con el otro si se sentía ese murmullo y ese jum, como que me dolía la cabeza"
23		"antes eso, que me decían algo y yo, ¿Cómo?, ¿cómo? Y que no sé qué y repítanme, y pues les daba piedra les daba, eso les daba angustia dice mi hermano, cuando les da angustia de andar gritando"
24		"porque tenían que gritar, tener que gritar, me da mucha tristeza tener que gritarla pa' que escuche las cosas"
25		"Ya ahora, ahora no, ya me pueden hablar, ya me pueden decir lo que sea y ya uno entiende y escucha bien"
26		"Esto es una garantía muy importante, esto es la mitad de la vida casi"
27		"muy bien porque yo puedo expresarme y puedo, puedo hablar y escucho lo que ellos me dicen sin necesidad de asustarme ni nada de eso"

28		"Esto es lo máximo, esto le da mucha, mucha garantía para escuchar bien, para que le digan uno va al supermercado y le preguntan ¿Cuánto vale tal cosa? Y ahí le dicen, pero uno que no escucha nada, le pueden decir tanto y como uno no escucha pues carajos lo que sea"
29		"me desenvuelvo mejor, pues claro, es como si uno tuviera sus propios oído"
30		"es como una medicina más" "¿se acabó? mire a ver aliste porque si no"
31		"ya, ya, ya, si uno no se la toma pues ahí quedo, lo mismo el audífono si no se le puso la pila, hasta ahí fue"
32		"Claro porque con los audífonos uno como no escucha bien no puede concentrarse (ujum) y pues le molestan a uno",
33		"pues hasta el momento bien, todos muy bien, aquí, allá donde el medico allá, donde el torrino, muy bueno, muy buena gente y me dio la orden pa' dejarla pa' que me la autorizaran y todo y aquí lo mismo me atendieron muy bien, me han atendido muy bien y todo, no puedo quejarme de nada"
34		"entonces claro a raíz de este del izquie, del derecho, después el izquierdo para poder nivelar las dos audiciones".
35		"pues como no escuchaba bien pues entonces iba a una cita me toca llevar a un hermanito, no tocaba mandar a otro, porque como si yo no escuchaba nada, que me decían o que.....ahorita si ya no, ahorita si ya yo voy y veo las citas".
36		"cómo no dura si no un, no dura si no 10 días la pila (ujum), entonces eso si es un poquito de gasto, pero por la salud de uno pues toca"
37	JUAN	"en el día a día, me ayudan a oír mejor lógico, me ayudan a oír mejor"
38		"son muy buenas y son necesarias, son necesarias, porque ahoritica en este tiempo que no lo tuve es donde se da uno cuenta que si necesita"
39		"y que así moleste a veces o le fastidie, o diga uno, "no estoy aburrido con este aparato" lo necesita uno, entonces tiene que adaptarse a convivir con eso"
40		"para mí, es indispensable, yo manejo, en el pase, en mi pase dice que debo manejar con audífonos y visuales, son los dos," ... "si no tuviera no existieran estos... audífonos yo no podría manejar"
41		"Así a uno no le guste tiene que hacerlo, usarlos y como acostumbrarse a que es una parte del cuerpo ya"

42		"yo me siento bien, me tiene sin cuidado lo que de pronto lo que me diga alguien, que hasta este momento nadie me lo ha dicho"
43		"porque si estuviéramos los dos ahoritica hablando sin esto, no la estaría oyendo como, como la estoy oyendo, ahorita sentado, ahí donde estaba, no alcanzaba a entender, lo del televisor, entonces este aparato me hace falta"
44		"si si ellos son los que a veces me dicen "que pasa con el audífono?"
45		"¿Morales es que usted se está volviendo sordo, es que no oye? Entonces principiaron los exámenes"
46		"tenían que estarme repitiendo mucho las cosas"
47		me los fueron haciendo cada 3 meses, cada 6 meses, compensar me hacía eso, hasta que se dieron cuenta que yo ya necesitaba
48		"me molestaba que se oyera el ruido como muy, muy exterior, me entiendes? Eso te comentaba, no tanto que me atormentaba, sino que me ponía, me daba como rabia, momentáneamente decía "este aparato si me va a enloquecer" por el bullicio que sentía ahoritica estoy oyendo directamente"
49		"no, en cuanto a esa pregunta yo diría que antes y actualmente sigo lo mismo", "igual, lo que yo me preguntas de la memoria, yo voy con 83 años y medio y yo creo que es que los añitos también a uno se le olvidan las cosas, yo soy una persona que tiene que dejar las cosas, muy ordenado y muy aseado si soy muy estricto en todo, entonces en el transcurso del día trato de memorizar perfectamente a lo que tengo que hacer mañana"
50		"a mí con compensar me ha ido muy bien o alguien me ayuda, pero lo que yo necesito me lo han dado, a mi señora lo mismo, están muy pendientes de nosotros"
51		"ambos porque ya cuando este entra a funcionar le ayuda a este del, del lado derecho, entonces como que se nivela...se fusionan ambos, el uno ayuda al otro, entonces oye uno mejor".
52	JOSE	"escogí unos audífonos que se llamaban invisibles, por aquello de la vanidad a pesar de lo viejo no quería que supieran que era sordo y esos me funcionaron un tiempo bien, después me dijeron "es mejor pasarse a los que tienen, en este momento, son un poquito más vi, son visibles, pero tienen una mejor recepción, una mejor calidad entonces me compre unos audífonos, siempre me han parecido un poquito costosos, pero mientras le solucionen a uno el problema auditivo, el precio es correcto"

53	"claro que la calidad de vida mejora notablemente con los audífonos, es muy incómodo no oír, no escuchar bien, entonces que los audífonos sencillamente la calidad de vida mejora, mejor notablemente es muy importante, afortunadamente existen esas tecnologías, porque hace... los abuelos míos me imagino que eran sordos y no tenían cómo solucionar su problema, pero ahora tenemos la solución para tanto, para los... gafas para mirar, para curar el problema de visión como de audición, afortunadamente existe esa tecnología y nos podemos beneficiar de ella"
54	" pues bastante, es decir uno constantemente está necesitando oír cosas, oír conversaciones, charlar, ir uno a centros, por ejemplo ir uno a una entidad bancaria y a veces es difícil oír lo que le dice a uno el señor del cajero, por falta de buen oído, a veces definitivamente afecta todo, yo viajo bastante en avión y a veces, entablar conversación con la oficina de recepción sino tiene unos buenos audífonos es difícil, tiene uno que estar diciendo "que qué?" eso definitivamente la, esa tecnología es muy útil y ojala la mejoren bastante y no le pongan tanto caro el precio porque entonces así no se puede"
55	"yo lo uso todos los días me los quito solamente por la noche cuando me voy a dormir, pero por la mañana vuelvo y me los pongo"
56	"pues yo creo que sí, es decir, constantemente siente uno la ventaja de tener los audífonos para muchas, aspectos ya sea para oír música en la casa, oír la televisión, para charlar con la familia, con la señora"
57	" inicialmente cuando comencé a usarlos había un factor de vanidad en que uno dice no me gusta que el "ahí viene el sordo Jaime", tenía audífonos, pero ya no me molesta en absoluto, sencillamente, cuando tengo dificultades en oír le digo a la persona "hábleme duro es que tengo problemas auditivos" y no lo oigo bien "hable un poquito más claro" le digo claramente. Sin ninguna timidez, sin ningún problema"
58	"sencillamente uno ya se acostumbra a que tiene fallas auditivas y que afortunadamente tiene unos audífonos para para solucionar el problema"
59	" yo creo que estas actividades académicas que he tenido.... yo he pertenecido a la gerencia del ICA, a la sugerencia de investigaciones, he participado en muchas juntas directivas del sector agropecuario, entonces he sido muy activo en ese punto de vista y que tal yo participando en una junta directiva y ¿sin oír bien? Sencillamente me tocaba retirarme, ahorita tengo precisamente una reunión menos mal, que ahora son virtuales porque soy el presidente del Consejo del

	condominio donde vivo, entonces para todo eso es, muy importante los audífonos"
60	"pues como lo decía inicialmente al comienzo estéticamente usé los invisibles, pues para tapar el problema de ser sordo de tener nivel bajo auditivo, pero en ese momento ya no me molesta la parte estética, pues seguramente se me ven los audífonos, tengo el pelo cortico y además soy calvo, entonces se me nota que tengo audífonos, pero eso no importa, a esta edad pues antes de buenas que todavía este en este mundo y pueda oír y hablar con la gente"
61	"obviamente el usar los audífonos facilita las relaciones familiares, por qué puede haber una buena comunicación con mi señora o con mis hijos eso pues obviamente es un factor positivo del uso de esa tecnología de los audífonos"
62	"era pues indispensable tener audífonos"
63	"es decir, los audífonos son una herramienta muy útil para una persona que se desempeña en muchas cosas, en este momento mi vida social es más bajita más pasiva, pero sin embargo las pocas actividades sociales que tengo pues es importante tener los audífonos pa poder intercambiar ideas, oír, hablar, etc."
64	" todos han participado porque son muy allegados, entonces pues los hijos las hijas saben que uso audífonos y que esos me ayudan a corregir mis fallas auditivas"
65	"los oídos participan minuto a minuto o sea que desde que se levanta uno, tiene que hacer uso de los oídos si va uno al supermercado tiene que hablar con la cajera, con algún dependiente para preguntar, si va uno al banco igual, si va uno a un centro comercial grande también, en todo momento esta uno haciendo uso de los oídos y es importante tenerlos bien, en buenas condiciones porque si no se le afectaría a uno bastante"
66	"yo viajo bastante voy a tierra más caliente más Tropical y el sudor pues sí es algo que siente uno que puede afectar los audífonos, pero el resto me funcionan bien, no hay problema yo "
67	"yo creo que la pérdida auditiva es un problema importante de salud, entonces las EPS deberían considerar ese tema y ayudarlo, más activamente, una forma más directa más significativa;"
68	"claro, es decir, generalmente hay diálogos los fines de semana con los hijos que van a almorzar entonces hay que estar ahí, para estar oyéndolos unos hablan duro otros hablan pasito"

69		la solución de los audífonos y quedé salvado de esos problemas inicialmente con los invisibles me funcionaron muy bien, y por vanidad no se sabía que tenía problemas de oído, entonces después me pasé a los que van a sobre la oreja, que ofrecían mejor calidad y ahí estoy en eso y estoy muy satisfecho afortunadamente existe esa tecnología que nos permite desempeñarnos en la vida diaria minuto a minuto, es que constantemente uno está haciendo uso de los oídos para todo
70		"lo que es problemas de audición es una enfermedad, una enfermedad que la persona sufre, y que tal vez es la más, una de las más importantes que pueda tener, y perder la audición es seria, afortunadamente la puede uno solucionar eso le decía yo hace poco a mi señora pues si desafortunadamente tengo problemas auditivos pero la ventaja es que existe la tecnología para solucionarlos "
71		yo creo que esas entidades si debían participar en la parte auditiva considerando que es un problema que debía de estar en un porcentaje bastante alto de la población, especialmente de los adultos mayores y facilitarles que adquieran, pues unos equipos de audición de buena calidad, no sé si lo estarán haciendo ahora, pero no creo yo, yo no he intentado pedir colaboración lo hago directamente, lo saco de mi bolsillo
72	CARMEN	"tengo los dos audífonos y el cambio significativo digamos que uno experimenta por qué desde la teoría de la integración auditiva, de, uno hablar de realmente oír con el cerebro, pero una cosa es decirlo y otra cosa es sentirlo, una cosa es saber que es una pérdida auditiva y otra es tener una pérdida auditiva"
73		"la ciencia en favor del ser humano" "va mucho más allá de oír o no oír sino de entender"
74		"me permite mantenerme comunicada todo el tiempo y pues para mí ha sido una bendición"
75		"Significa el reconocimiento de uno como ser humano, como un ser propositivo, de un encontrarse de uno poder decir algo "oye, yo valgo, yo pienso, yo puedo opinar, yo puedo interactuar, en un contexto, yo puedo proponer" y no sentirse uno aislado"
76		"poder tener estos audífonos para poderme comunicar mejor"
77		"yo personalmente uso mis audífonos tanto que me acuesto y por lo general me dejo uno, yo duermo con un audífono, en el otro no, siempre intercalo, porque la audición es permanente la audición no se duerme"

78	"me siento muy segura, yo vivo sola, digamos por ejemplo ahorita por unas circunstancias que estoy en compañía, pero por lo general después de que murieron mis padres, vivía sola en una casa muy grande, entonces para mi tener el audífono significaba seguridad"
79	"realmente la integración auditiva es cuando se da, cuando yo oigo con dos oídos, con un solo oído estoy escuchando como caminando cojo, es caminando en una muleta"
80	"mis audífonos si son muy pequeños, además no solamente por la parte estética, sino yo la hago más por la parte de mis pobres orejas, mi pabellón auricular tiene que soportar unas gafas muy pesadas, ahorita con el tapabocas y más como trabajo en rehabilitación, pues tengo careta que son transparentes y por tanto son de polietileno y pesan más, más los audífonos es pesado, eso digamos que librea mucho el peso"
81	"si en estos momentos tuviera esa misma tecnología que uso actualmente, así fueran audífonos grandes me los pondría"
82	"digamos en la familia saben que yo tengo pérdida auditiva, pero pues digamos que yo soy muy funcional, entonces ellos pues me hablan normalmente, pero cuando le dices a una persona, por ejemplo, los estudiantes, a una persona de un banco, es muy complicado a veces escucharles más ahora con el tapabocas"
83	es complicado, entonces uno dice "perdón por favor me repite yo tengo pérdida auditiva", entonces le grita a uno y la palabra se distorsiona, y es difícil entonces uno tiene que decirle "perdón no me grite, hábleme claro, con frases bien construidas, y en un tono alto, pero no gritado",
84	"yo pienso que si nos hace falta a nosotros como Audiólogos trabajar mucho a nivel social como dirigir a una persona con pérdida auditiva"
85	"yo ya no hago ninguna vuelta si no tengo los audífonos"
86	calidad auditiva corresponde a calidad de vida", entonces uno no está comprando un carro, que vale más por lo lujoso, por la marca, no, uno está comprando calidad de vida
87	"por ejemplo he tenido paciente como la vecina del frente, me dijo "ay Carmencita, mira es que ya no oigo bien, y yo fui a la EPS y me dieron este audífono, y cuando le hice la audiometría, la audióloga le puso el audífono en el oído de audición normal, entonces la pobre señora había luchado para ponérselo y me decía "eso me produce dolor de cabeza, y eso me duele terrible, y me hijos me dicen que yo soy una

	perezosa pero mire” cuando ya le puse el audífono XYZ, es de la misma marca que yo tengo pero digamos una gama más alta, no esa señora de una felicidad enorme, ella me regala cosas, me llama, me dice que es una bendición “ya no tengo que tener el televisor a 50, ya lo estoy escuchando a 10, ya mis hijos no me gritan, puedo comunicarme con mis amigas, empecé a trabajar en la iglesia, o sea me ha cambiado la vida”, entonces yo pienso que eso paga todo lo que uno haga"
88	"la familia entra en un papel importante allí porque especialmente en adaptación del adulto mayor uno necesita hacer ejercicios de procesamiento auditivo porque el procesamiento se va deteriorando, entonces diga “venga, venga escuchamos, a ver que entendiste, no vuélvelo a oír, ven ahora yo te digo lo que estaba diciendo...” eso es fundamental.
89	"recordemos que la comunicación no es solo de una persona, no existe comunicación de un yo con un yo, la comunicación se vive dentro de un contexto, dentro de una situación, dentro de una familia, dentro de unos amigos, dentro de una sociedad"
90	"yo pienso que falta promover mucho en él, en el a nivel social, si?, a ti te venden en la televisión el último pantalón, el último iPhone, eh todo, pero no te venden salud auditiva"
91	"yo tengo pérdida auditiva por trauma acústico, en una práctica de verbo tonal, eh, mientras que mi hermana si tiene una pérdida eh, por herencia, y ella, la audiólogo cuando la detecto, le dijo, “usted ya no puede ejercer su profesión de docente usted tiene que ser consciente que ya no oye, que debe retirarse, debe aislarse, debe permanecer solo con los suyos” y eso le causó, digamos una, un enorme vacío y más que un enorme vacío una lección yo diría que una lección emocional, ella, se sintió totalmente inválida, digamos no porque ella tenga su deficiencia auditiva sino porque socialmente la convirtieron en eso. Entonces yo también compré el equipo para ella, y ha sido una bendición, o sea ella vive agradecida, es otra persona, volvió a ejercer su profesión, es otra cosa"
92	"a pesar de que uno sabe y uno es consciente de que no es un oído normal de que, incluso uno dictando clase le dice a los estudiantes -yo tengo pérdida auditiva- a mí no me da pena decirlo, -hablen claro, con frases claras, bien armadas-, hay personas que son muy difíciles y uno sentir la exclusión y se ríen uno percibe, porque uno se vuelve un lector de lo no verbal impresionante.

93		“yo pensaría que salud auditiva conlleva a una salud integral de la persona, a ver ese ser humano como ser un integral en todas sus dimensiones: sociales, interpersonales, individuales, interindividuales, todo”.
----	--	--