

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA

“Análisis de las limitantes percibidas por los licenciados en Gerontología de la UAESH en la atención gerontológica de las personas mayores con discapacidad auditiva”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO(A) EN GERONTOLOGÍA

Presenta: Pérez Hernández Gabriela Stephanie

DIRECTORA: Dulce Abril Galindo Luna

CO-DIRECTOR: José Alfredo Méndez Díaz

San Agustín Tlaxiaca, Hgo. Junio de 2022.



DRA. MARÍA DEL REFUGIO ACUÑA GURROLA
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA
 CHAIR OF THE DEPARTMENT OF GERONTOLOGY
 PRESENTE

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **Gabriela Pérez Hernández** bajo la modalidad de **TESIS** cuyo título es: **Análisis de las limitantes percibidas por los licenciados en gerontología de la UAEH en la atención gerontológica de las personas mayores con discapacidad auditiva** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Enterado
José Alfredo Méndez Díaz	Presidente	
Dulce Abril Galindo Luna	Primer Vocal	
Claudia Helen Montaña Pérez	Secretario	
Carlos Montaña Salazar	Suplente	
Uriel Vite Torres	Suplente	

“Amor, Orden y Progreso”

c. c. p. Archivo



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca Actopan
 San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext. 4314 y 4315
 gerontologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Dedicatoria

El trabajo realizado implicó un gran esfuerzo para su creación, el dedicar horas, desvelos, una infinidad de reuniones para ir dando forma a lo que se buscaba dar a conocer y también momentos de quiebre. No solo se veían involucradas las personas que observaban constantemente este trabajo, también, las personas que estuvieron como apoyo indirectamente.

Este trabajo lo dedicó para esas personas que estuvieron durante el proceso y la construcción de este trabajo, y a todas aquellas personas que piensen que no se puede lograr algo, si se puede, solo es ponerle, corazón y consistencia para que suceda.

Por último, lo dedico en especial al área de gerontología, para que exista mayor investigación en relación a las personas mayores y exista una mayor difusión, de nuestro hacer y ser en la sociedad para con las personas mayores.

Por la empatía, la inclusión y el respeto.

“No importa que tan lentos vayas mientras no te detengas”

Confucio

“Si no lo intentas nunca sabrás si eres capaz”

Anónimo

La vida no es fácil, para ninguno de nosotros. Pero... ¡Qué importa! Hay que perseverar y, sobre todo, tener confianza en uno mismo. Hay que sentirse dotado para realizar alguna cosa y que esa cosa hay que alcanzarla, cueste lo que cueste”.

Marieh Curie

Agradecimientos

En estas líneas, expreso mi agradecimiento, y mi amor hacia aquellos que hicieron que esto fuera posible.

A mis padres

Gracias por forjar la persona que soy, por enseñarme que no hay imposibles y que tienes que hacer lo que te gusta con amor y empeño, de ser constante y perseverante hasta alcanzar mis objetivos, gracias por su amor, paciencia e infinito apoyo, los amo.

A Sergio, mi hermano y mejor amigo, por elección y por sangre.

Chequin, gracias por estar escuchándome, aconsejándome o solo hacerme compañía con tu silencio, gracias por darme esos ánimos y ayudarme a recordar el objetivo de este trabajo, gracias por ser mi mejor amigo, de mis mejores compañías, gracias por tu amor, y espero poder ser inspiración en tu vida y veas que puedes alcanzar y lograr lo que tú quieras y hasta donde quieras, te amo.

A Dios

Gracias, porque, aunque a veces me cuestiono muchas cosas, puedo sentir tu infinito amor, gracias por ser esa paz, en momentos de angustia y calmarme de una manera inexplicable.

A Andrés

Gracias, por ser ese compañero por elección, gracias por apoyarme y darme ánimos, ayudándome a buscar partes de mí, que no sabía que tenía, gracias por ayudarme a descubrir que puedo hacer cosas, por mi sola, y que puedo ser quien quiera estando sola o con alguien a mi lado, te amo.

A Liliana, Sol, Ary y Víctor

Gracias, por preocuparse por mi proceso, aunque a veces ya no quería hablar de ello, sé que era una forma de decir que me quieren, los amo.

A Lalo mi psicólogo

Gracias, por ser mi guía, y ser mi contención en esos momentos de quiebre, afortunadamente entendí el propósito de este trabajo.

A mi directora de tesis Mtra. Dulce Abril Galindo Luna

Gracias por ayudarme en la elaboración de este trabajo, gracias por no dejarme, por compartirme de su conocimiento y su buen humor, tiene mucha luz.

A mi codirector de tesis Mtro. José Alfredo Méndez Díaz

Gracias por ser parte de mi formación, y también de este trabajo final, gracias por compartirme lo reconfortante que se siente el hacer gerontología.

A mi

Gracias por ser fuerte, y perseverante, gracias por no rendirte.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

Introducción

CAPITULO 1. MARCO METODOLÓGICO	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Pregunta de investigación	5
1.3 Justificación	5
1.4 Limitantes de la investigación	8
1.5 Objetivo general	8
1.5.1 Objetivos específicos	9
1. 6 Diseño	9
1. 7 Muestra	10
1. 8 Criterios de inclusión	10
1. 9 Criterios de exclusión	11
1. 10 Definiciones conceptuales	11
1. 11 Instrumentos	12
1. 12 Procedimiento	19
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO	21
2.1 Vejez y envejecimiento	21
2.1.2 Personas Mayores	24
2.1.3 Vejez	25
2.1.2 Cambios biológicos, psicológicos y sociales propios del envejecimiento.	26
2.2 Discapacidad auditiva	30
2.2.1 La audición y sus componentes	30
2.2.2 La discapacidad auditiva y sus causas	32
2.2.3 La discapacidad auditiva y las personas mayores	36
2.2.4 Niveles y tipos de pérdida auditiva	38
2.2.5 Consecuencias de la pérdida de audición	41
2.2.5.1 Comorbilidades en personas con discapacidad auditiva	42
2.2.6 La intervención en la discapacidad auditiva	43
2.2.7 Consecuencias de la discapacidad auditiva para la atención	47
2.3 Atención Gerontológica	50
2.3.1 Niveles de atención gerontológica	56
2.3.2 El papel de la comunicación en la atención gerontológica para personas con discapacidad auditiva	58
2.3.2.1 Elementos de la comunicación	61
2.3.2.2 Barreras de la comunicación	64

2.3.2.3 Acceso a la atención sanitaria	66
2.3.2.4 La Lengua de Señas	67
2.4 Perfil Y Competencias Del Gerontólogo de la UAEH	76
2.4.1 Perfil de ingreso	77
2.4.2 Perfil progresivo	77
2.4.3 Perfil de egreso	80
2.4.4 Competencias específicas del PE de Gerontología	81
2.4.5 Competencias genéricas del PE de Gerontología	82
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	86
3. 1 Datos sociodemográficos de los Gerontólogos	86
3.2 Resultados cuantitativos	
3.3 Comparación del perfil del gerontólogo egresado de la UAEH y su formación actual (en relación con la atención gerontológico de la Personas con Discapacidad Auditiva)96	
3. 4 Resultados de la percepción de los gerontólogos sobre las limitantes en la atención gerontológica a personas mayores con discapacidad auditiva.	104
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	107
4.1 Discusión	107
4.2 Conclusiones	110
REFERENCIAS	111
ANEXOS	117
Anexo A. Consentimiento informado	118
Anexo B. Datos sociodemográficos y cuestionario sobre la percepción de los gerontólogos.	119
Anexo C. Competencias específicas del PE de Gerontología	126

Resumen

Título: Análisis de las limitantes percibidas por los licenciados en Gerontología de la UAEH en la atención gerontológica de las personas mayores con discapacidad auditiva.

Actualmente las personas mayores, representan un gran porcentaje de la población, mismo que, en unos años tendrá un mayor incremento, por lo que, este tipo de población, requiere de personas que tengan una formación en relación a temas que se hacen presentes en ellos, siendo estos los gerontólogos. Pero para que esto ocurra, los licenciados en gerontología deben de tener una formación en diferentes aspectos, ya sean los biológicos, psicológicos y sociales, permitiendo conocer esos cambios y de qué forma podemos brindar una mejora en las personas mayores.

Dentro de este grupo de personas mayores, existe un grupo, los cuales tienen algún tipo de discapacidad, siendo la discapacidad auditiva una de ellas, la discapacidad auditiva y los cambios que ocurren en la parte auditiva, son de los que tienen mayor presencia en las personas mayores, es por ello que es importante el conocer con qué tipo de limitantes son con los que cuentan los gerontólogos egresados de la UAEH, para poder brindar una atención gerontológica adecuada para las personas mayores, y el por qué, de conocer dichas limitantes.

Palabras clave: Limitantes, licenciados en gerontología, atención gerontológica, personas mayores y discapacidad auditiva.

Abstract

Title: Analysis of the limitations perceived by the graduates in Gerontology of the UAEH in the gerontological care of the elderly with hearing impairment

Currently the elderly, are a large number within our population, where in a few years will see a greater increase, so, this type of population, requires people who have training in relation to issues that are present in them, being these gerontologists. But for this to happen, gerontology graduates must have training in different aspects, whether biological, psychological and social, allowing to know these changes and how we can provide an improvement in the elderly.

Within this group of older people, there is a group, which have some kind of disability, being hearing impairment one of them, hearing impairment and changes that occur in the auditory part, are the ones that have greater presence in the elderly, which is why it is important to know what kind of limitations are with those who have gerontologists graduates of the UAEH, to provide adequate gerontological care for the elderly, and why, to know these limitations.

Key words: Limitations, graduates of the gerontology, gerontological care, gerontological care, hearing impairment.

Introducción

México enfrenta un aumento progresivo de la población con discapacidad. De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020, realizado por el INEGI, se obtiene que, en ese año, los habitantes fueron 126 014 024, de los cuales 64 540 634 son mujeres (51.2%) y 61 473 390 son hombres (48.8%). En comparación, para 1996 se registraban 4.1 millones de personas mayores mientras que, en el 2015 la población aumentó a 12 millones 436 mil 321 (SEDESOL, 2017). Estos números, que año con año se incrementan, evidencian la manera en que la pirámide poblacional se ha modificado (Consejo Nacional de Población, 2021).

Si bien el porcentaje relativo al total de la población del país no es alarmante, es necesario considerar que en 20 años la población de 60 años y más creció 2.18 veces, lo que implica que las necesidades para este grupo etario en materia de salud, recursos económicos y de cuidados se han duplicado (Consejo Nacional de Población, 2021). De esta manera, se estima que se incrementará progresivamente a 40 millones de adultos mayores lo que representará el 25% de la población total para el 2050 (Lopez Ortega & Aranco, 2019). Por tal motivo, es imperante que los avances en materia social y de salud incluyan políticas para dichos ciudadanos, con la intención de garantizar una adecuada calidad de vida de las personas. En este tenor, tanto los servicios como los cuidados deben de ser entendidos (Consejo Nacional de Población, 2021).

Asimismo, estos cambios reflejan la necesidad de tener personal capacitado y orientado a proporcionar una atención adecuada a las personas adultas mayores no sólo en el ámbito biológico, sino también en el psicológico y social, siendo la gerontología, uno de los programas que debe permitir obtener un mayor conocimiento y preparación en materia de la discapacidad auditiva, para su evaluación e intervención. Al respecto, Martinez, Mitchell, y Aguirre (2018), definen

a las personas adultas mayores como personas mayores de 60 a 65 años los cuales se encuentran en la última etapa de la vida, siendo está la vejez. Este término hace referencia a un estado biológico, psicológico y social irreversible al que se llega a cierta edad de la vida y que varía según los lugares, las épocas e incluso los individuos. Por lo tanto, para que una persona llegue a la vejez tiene que pasar por un proceso evolutivo gradual y multidimensional considerado como envejecimiento. Es así, como este tipo de cambios pueden ser considerados como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, psicológico, social y material (Gutiérrez, 1999).

Debe señalarse que en este proceso llamado envejecimiento, como anteriormente se mencionó, se presentan ciertas anomalías las cuales pueden suceder desde que la persona nace o bien con algún deterioro que se pueda presentar a raíz de alguna enfermedad o de otra manera ocasionado. Una de estas anomalías es la discapacidad auditiva, la cual se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para percibir a través de la audición los sonidos del ambiente y dependiendo del grado de pérdida auditiva, los sonidos del lenguaje oral, y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona (MINEDUC, 2007).

En consecuencia una de las estadísticas realizadas por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, afirma con este dato que, de las 124.9 millones de personas que habitan el país, 6.3%, es decir 7.9 millones, tienen discapacidad, de los cuales el 18.4% tiene un problema auditivo. Es entonces que la mitad de la población con discapacidad (49.9%) son personas adultas mayores (INEGI, 2018). Al respecto, en México se publicó en 2002 la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en la que se establece que las personas envejecidas deben ser actores importantes en la planificación y aplicación de decisiones que afecten su bienestar, otorgándoles un papel importante en la construcción de su entorno

(Huenchuan y Guzmán, 2007), y que debería contemplar las necesidades de cuidados de esta población (Consejo Nacional de Población, 2021). Siendo de esta forma importante la preparación de los licenciados en gerontología, en la atención para las personas mayores con discapacidad auditiva.

Por consiguiente, el personal egresado de la licenciatura en gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, único programa a nivel Estatal, debe de contar con conocimientos básicos para la realización óptima de las valoraciones necesarias para las personas mayores que presentan una discapacidad auditiva, permitiendo obtener resultados más fiables, así como una interacción más amigable de emisor-receptor. En caso contrario, los gerontólogos al no tener conocimientos más amplios o herramientas que puedan beneficiar para su valoración, pueden tener argumentos erróneos al momento de crear un diagnóstico, intervenciones o referencias a otros especialistas.

Capítulo 1. Marco metodológico

En el presente capítulo se describe la metodología de la investigación. Como primer apartado se describe el enfoque metodológico de la investigación. Posteriormente se especifica la muestra seleccionada y el contexto sociodemográfico, además se detallan los instrumentos y los procedimientos para la recolección de los datos. Finalmente, se determina la estrategia para el análisis de los datos recolectados.

1.1 Planteamiento del problema

Actualmente, han surgido avances significativos en temas relacionados con la salud; y todo esto, gracias a las políticas y propuestas para la mejora de la vida de las personas mayores. Sin embargo, al ser la gerontología una ciencia para la investigación y que es relativamente nueva en nuestro país, aún existen ciertas incógnitas y temas por analizar y estudiar con relación a las personas mayores, y uno de esos campos en la atención gerontológica.

Dicha atención gerontológica, está conformada por diversos métodos de las ciencias gerontológicas y de la salud y uno de sus propósitos es el de evaluar los procesos bio-psico-sociales del viejo, la vejez y el envejecimiento. Todo esto, con el objetivo de obtener conocimientos, el contexto sociofamiliar del adulto mayor, los aspectos funcionales y psicológicos vinculados al estilo de vida del adulto mayor y las condiciones de salud del adulto mayor desde el modelo ecológico biopsicosocial, siendo la parte auditiva una condición de salud a profundizar, para dicha atención.

Por consiguiente, las personas mayores que cuentan con limitaciones para la comunicación, sobre todo, de tipo auditivo, llevan siempre implícito un riesgo adicional al no poder identificarse, no tener un acceso total a la sociedad que los rodea y a los diferentes servicios que por ley les corresponde; como la educación y salud, de la misma manera al depender de terceras personas para poder incluirse en algún rol social (Martínez & Miranda, 2012), siendo está una posible problemática para su atención, evaluación e intervención.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción del gerontólogo egresado de la UAEH en la actualidad, acerca de las limitantes en la atención gerontológica hacia las personas mayores con discapacidad auditiva?

1.3 Justificación

Cada persona envejece de manera distinta debido a que, como ser individual, presenta diversos cambios a nivel biopsicosocial, siendo consecuencia de las prácticas de estilos de vida también. Durante su proceso de envejecimiento, las personas van teniendo un impacto en su vida, ya que nadie está preparado para los cambios que se presentan o bien no cuentan con información o recursos suficientes para esos cambios que serán normales o anormales. Es por ello, que debe darse un proceso de adaptación en cada etapa de vida por la que se esté atravesando., para que algunos de esos cambios se pueden prevenir o detectar a tiempo y tomar acciones para intervenirlos y/o potencializarlos.

Por consiguiente, las personas mayores también son sujetos de cambios, los cuales pueden ser normales o patológicos, en función de diversos factores. Dentro de la esfera biológica se presentan alteraciones en sistemas y aparatos a raíz del propio envejecimiento y que ocurren de forma natural con el paso de los años. Así pues, los cambios más destacables se dan en el sistema digestivo, sistema tegumentario y sistema respiratorio, en el sistema digestivo se presentan pérdidas dentales teniendo como consecuencia problemas para la alimentación menor producción de saliva, así como la disminución en la percepción de sabores. El sistema tegumentario presenta un adelgazamiento de la capa externa de la piel, también conocida como epidermis, al igual que una pérdida en la elasticidad de la piel. Y, por último, en el sistema respiratorio se presenta una pérdida de fuerza y elasticidad en los pulmones principalmente, por mencionar algunos (LaComuna, 2019).

De igual forma, en el área psicológica se presentan una serie de modificaciones anatómicas y funcionales relacionadas con el sistema nervioso y los órganos de los sentidos; además de las modificaciones en las funciones cognitivas y modificaciones

en la afectividad, debido a pérdidas, a diferentes motivaciones y a cambios en la personalidad. Se puede señalar que, con el envejecimiento se dan un declive y un enlentecimiento de las capacidades cognitivas, aunque existe una enorme variabilidad y depende de numerosos factores como el nivel educativo, dedicación laboral, actividad física, entre otros. (Castanedo & Sarabia, 2019). Asimismo, estos autores sostienen que existen dentro de la esfera social, modificaciones que terminan afectando al adulto mayor. Estas modificaciones se producen a nivel individual, ya que cambia su propio rol social y en su entorno cercano, como miembro de su familia, como miembro de comunidad e integrante de la sociedad en general.

Como se ha establecido anteriormente, las personas adultas mayores presentan diferentes necesidades biopsicosociales y cada uno de ellas dicta distintas demandas para poder satisfacerlas. Además, para mejorar su calidad de vida y prolongar su esperanza de vida es indispensable poner especial atención a las demandas que en materia de salud presentan cada uno de ellos de forma particular. Es así como, una de las necesidades que tienen los adultos mayores es una adecuada audición, para poder llevar una vida favorable, puesto que uno de los cambios existentes en la parte biológica, y uno de esos los aparatos que se ven afectados son los del aparato auditivo, obteniendo una pérdida auditiva total o parcial. Estas pérdidas, pueden suceder desde el nacimiento o pueden ser adquiridas, como consecuencia de complicaciones durante su vida, donde aproximadamente una de cada tres personas de 65 a 74 años tiene algún nivel de pérdida de audición. Esto representa a casi la mitad de las personas mayores de 75 años con dificultad de audición (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders , 2018).

Ahora bien, las alteraciones o dificultades de audición afectan la calidad de vida de las personas adultas mayores, en la parte fisiológica, emocional y social. La disminución auditiva implica dificultades en la valoración gerontológica también, y, por ende, una inadecuada atención a los pacientes. Ciertas dificultades presentes al momento de una valoración pueden ser la desorientación e inseguridad, problemas de comunicación y problemas de lectura comprensiva. Algunas otras problemáticas que se presentan son el nivel de dificultad para entender y seguir los consejos del

gerontólogo, responder a las advertencias, oír los timbres y las alarmas y sostener una adecuada conversación con el personal de salud, además de la propia familia y amigos cercanos (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders , 2018). Es por ello, que se necesita conocer más sobre la discapacidad auditiva en el campo de la gerontología, ya que ocurre en diferentes niveles y formas. De esta manera, se puede brindar una adecuada atención gerontológica integral, la cual se define, como el proceso de evaluación biopsicosocial de la persona mayor y su entorno en donde el equipo interdisciplinar implementa intervenciones de prevención, orientación, vigilancia de la salud física y mental, acompañamiento y fortalecimiento de habilidades para la vida, todo en coparticipación con la familia y la comunidad, con el objetivo de incrementar su independencia, autonomía, bienestar y mejorar su calidad de vida (Méndez, 2020).

Así pues, para conocer sobre la discapacidad auditiva primero tenemos que saber que es la discapacidad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2011), se refiere a que abarca todas las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona, que tiene una condición de salud, y los factores contextuales de esa persona, factores ambientales y personales. Según este organismo, al 2020, más de 1,000 millones de personas viven en todo el mundo con algún tipo de discapacidad, aproximadamente el 15 % de la población mundial; de ellas, casi 190 millones tienen dificultades en su funcionamiento y requieren con frecuencia servicios de asistencia.

El número de personas con discapacidad va en aumento debido al envejecimiento de la población y al incremento de enfermedades crónicas. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, como se puede observar en la Figura 1, en México hay 6,179,890 personas con algún tipo de discapacidad, lo que representa 4.9 % de la población total del país. De ellas 53 % son mujeres y 47 % son hombres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022).

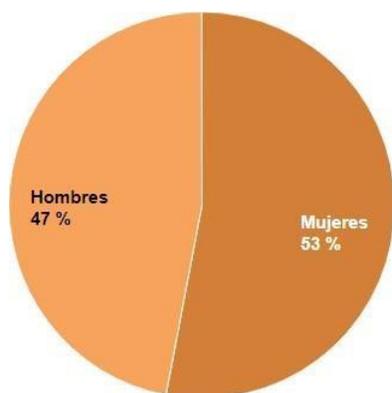


Fig. 1 Personas con discapacidad en México por sexo (INEGI. Censo de población y vivienda, 2020).

El poder dar solución a ellas ha ido mejorando, debido a los avances e investigaciones que se han realizado para la mejora de la expectativa de vida de esta población. Es por ello que es de gran relevancia el saber si se presenta algún tipo de limitante para los licenciados en gerontología y la persona adulta mayor con discapacidad auditiva al momento de comunicarse y realizar la valoración gerontológica.

1.4 Limitaciones de la investigación

La presente investigación tuvo diferentes limitaciones durante su realización, desde lo teórico hasta lo práctico. En primer lugar, la muestra elegida es reducida y simple, por lo que podría no ser representativa de la población de estudio. En segundo lugar, derivado de la situación generada por la pandemia del COVID-19, el instrumento fue aplicado de forma digital debido a la practicidad, y debido a complicaciones de agenda para su aplicación presencial con los gerontólogos. Por último, las revisiones al trabajo teórico fueron ajustadas al tiempo de los asesores por lo que se presentaron retrasos en las mismas, y esto dio como resultado una aplicación limitada de los instrumentos.

1.5 Objetivo General

Analizar la percepción del gerontólogo egresado de la UAEH en la actualidad, acerca de las limitantes percibidas en la atención gerontológica de las personas mayores con

discapacidad auditiva.

1.5.1 *Objetivos Específicos*

- Describir el perfil del gerontólogo egresado de la UAEH en la actualidad.
- Comparar la relación que existe entre el perfil del gerontólogo y las habilidades adquiridas a lo largo de su formación.
- Identificar la percepción de los gerontólogos sobre las limitantes en la atención gerontológica a personas mayores con discapacidad auditiva.
- Determinar si los licenciados en gerontología consideran poseer una preparación adecuada acorde a sus habilidades para atender a personas con discapacidad auditiva.

1.6 Diseño

A partir del planteamiento del problema y con la finalidad de dar respuesta a las preguntas de investigación, todo estudio debe contener un enfoque metodológico específico para llevar a cabo el trabajo de campo, que permita dar respuesta al planteamiento del problema. Lo anterior también implica el desarrollo de un plan orientado a recolectar los datos requeridos para responder las preguntas de investigación (Luna, 2015). De acuerdo con Ramirez, Guerrero, Altamirano, & Martinez (1996) el tipo de investigación se elige en función de los objetivos que se pretende alcanzar, de los recursos de que se dispone y del tipo específico de problema que se quiere abordar. En relación con esto, al llevar a cabo la presente investigación se contempló un enfoque cuantitativo el cual se caracteriza la recolección por la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías, para consolidar las creencias, formuladas de manera lógica en una teoría o un esquema teórico y establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población (Sampieri, 2014). Por otro lado, se basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se ésta estudiando. Descansa en el principio de que las partes representan al todo; estudiando a cierto número sujetos de la población, muestra, nos podemos hacer una idea de cómo es la población por completo (Hueso & Cascant, 2012).

Una ventaja de este tipo de método es que son más fuertes en validez externa ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia de dicha población a partir de una muestra con una seguridad y precisión definidas, por otro lado la investigación cuantitativa con las pruebas de hipótesis no solo permite eliminar el papel del azar descartar o rechazar una hipótesis, sino que permite cuantificar la relevancia de un fenómeno midiendo la reducción relativa del riesgo (Calero, 2000, como se citó en Lñiguez y otros, 2017).

El diseño de investigación fue cuantitativo tipo exploratorio, el cual se realiza cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes (Sampieri, 2014). Utilizando un enfoque metodológico utilizado un diseño no experimental, de tipo transversal (Sampieri, 2014). De esta manera, en este estudio se pretendió dar respuesta a la siguiente pregunta general de investigación: ¿Cuál es la percepción del gerontólogo egresado de la UAEH, acerca de las limitantes en la atención gerontológica hacia las personas mayores con discapacidad auditiva?

1.7 Muestra

En el presente estudio, la población, que según Hernández *et al.* (2010) es el conjunto de casos que concuerdan con ciertas especificaciones y donde la muestra es un subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de éste. La muestra se conforma por 33 personas, seleccionadas por conveniencia, aplicando encuestas de manera virtual a nivel Estatal, lo que permitió reducir costos y tiempo en la investigación. Dicha muestra, que debido al enfoque predominante es no probabilística, representa al subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación.

1.8 Criterios de inclusión:

- Gerontólogos egresados de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- Llevan ejerciendo la profesión más de 1 año atendiendo a personas mayores.
- Trabajan en lugares públicos y privados.
- Accedan de manera voluntaria a contestar las preguntas.
- Que cuenten con internet y algún dispositivo (Celular, computadora, Tablet).

1.9 Criterios de exclusión

- No son egresados de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
- Llevan menos de 1 año ejerciendo su profesión.
- No laboren directamente con personas mayores.
- No tengan internet o algún dispositivo
- No participaran de forma voluntaria.

1.10 Definiciones conceptuales

Discapacidad auditiva. La discapacidad auditiva se define como la pérdida o anormalidad de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral (Carrasco, 2015).

Comunicación. La comunicación es la base para el desarrollo físico, psicológico, social y cultural de todo ser humano; nace como una acción vital al socializar y formar grupos que comparten ideas y características socioculturales con la cual se identifican (Martínez & Miranda, 2012).

Atención gerontológica. La Atención Gerontológica Centrada en la Persona puede ser definida como un enfoque de la intervención, como una metodología de intervención y, desde una visión más amplia, como un modelo de atención (Rodríguez, 2011).

Personas mayores. Las personas mayores son consideradas como un grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. (Ministerio de Educación de Chile , 2007).

1.11 Instrumentos

En primer lugar, se realizó el diseño de un consentimiento informado, el cual es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio pueda ser utilizada por él o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. Asimismo, asegura el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos (Anexo A. Consentimiento informado).

- Anexo B. Cuestionario para gerontólogos egresados de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

En segundo lugar, se llevó a cabo el diseño de un cuestionario para indagar sobre las limitantes percibidas por los gerontólogos egresados de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, para atender a personas mayores con discapacidad auditiva, así como evaluación, atención e intervención. Este instrumento, vincula conceptos abstractos con indicadores empíricos (Sampieri, 2014). Al respecto de acuerdo con Sampieri (2014) las principales técnicas para recolectar datos son cuantitativos son el cuestionario, la escala Likert, diferencial semántico y el Escalograma de Guttman. Con base en ello y para propósitos de esta investigación, se seleccionó como instrumento de recolección cuantitativa la escala Likert, misma que se describe con detalle a continuación.

Al respecto, la escala Likert consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes, y a cada punto se le asigna un valor numérico (Sampieri, 2014). De esta manera, dicha escala permite a la investigación cuantitativa identificar y comprender que ítems descritos en la escala son los que tienen mayor impacto para la investigación. Por esta razón, se optó por la elaboración de una escala Likert que fue utilizada y aplicada por medio de un formulario digital. Dicha escala integro cuatro clasificaciones principales y permitió identificar la percepción de cada persona de acuerdo a su formación, así como las

habilidades adquiridas en ella (Anexo B. Cuestionario para gerontólogos egresados de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo).

La primera categoría incluyo como indicadores aspectos referentes a la Licenciatura en Gerontología tales como: formación en la licenciatura, la educación continua de los gerontólogos como cursos, diplomados o que dieran una preparación a los gerontólogos con temas referentes a la discapacidad auditiva, así como las competencias adquiridas para poder atender a una persona mayor con discapacidad auditiva. La segunda categoría comprendió los instrumentos conocidos por los gerontólogos para evaluar la discapacidad auditiva en personas mayores, la evaluación, atención e intervención proporcionada por los gerontólogos para las personas mayores con discapacidad auditiva. La tercera categoría estaba integrada por indicadores como los niveles de audición, la comunicación eficaz, y la lengua de señas. Finalmente, la última categoría está compuesta por las limitantes percibidas por los gerontólogos (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Elementos de análisis para la construcción de la Escala Likert (Elaboración propia).*

Categoría	Indicador	Ítems
Licenciatura en Gerontología	Formación	<p>2. Mi preparación durante la licenciatura fue suficiente para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva en mi trabajo.</p> <p>3. Durante mi formación como gerontólogo (a), tuve alguna asignatura o curso donde se abordará, de manera puntual, la discapacidad auditiva.</p> <p>4. Durante la licenciatura, desarrollé las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que me permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva.</p> <p>5. Me preparación me permite el poder realizar una evaluación integral a una persona mayor con discapacidad auditiva.</p>

		<p>6. Me preparación me permite el poder realizar una evaluación integral a una persona mayor con discapacidad auditiva.</p> <p>28. Creo que un programa educativo de gerontología, no requiere incluir contenidos específicos para que el egresado pueda atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>30. Considero que este tipo de investigación ayuda a crear estrategias para mejorar mis competencias como gerontólogo.</p> <p>20. Durante la licenciatura, no conté con la suficiente preparación para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva en mi trabajo.</p>
	Educación continua	<p>7. Los cursos de educación continua que he tomado, son suficientes para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>9. Durante los cursos de educación continúa tomados, desarrollé las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que me permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores.</p> <p>10. Mi preparación en cursos de educación continua me permite poder realizar una evaluación integral a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>11. Mi preparación en cursos de educación continua, me permite brindar intervenciones adecuadas para personas mayores con discapacidad auditiva.</p>
	Competencias	<p>1 Considero que es importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>18 Considero que no es necesario capacitarse para tener una comunicación eficaz con personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>12 Considero que no estoy capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz.</p>

		<p>13 Durante mi ejercicio profesional como gerontólogo, he podido brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>14 Considero que actualmente requiero una capacitación en materia de personas mayores con discapacidad auditiva, para poder brindar una intervención adecuada.</p> <p>20 Durante la licenciatura, no conté con la suficiente preparación para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva en mi trabajo.</p> <p>9 Durante los cursos de educación continua tomados, desarrollé las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que me permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores.</p> <p>19 Mis conocimientos me permiten diferenciar adecuadamente entre hipoacusia, presbiacusia y sordera (niveles de pérdida auditiva).</p> <p>30 Considero que este tipo de investigación ayuda a crear estrategias para mejorar mis competencias como gerontólogo.</p>
Atención Gerontológica	Instrumentos	<p>4 Durante la licenciatura, desarrollé las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que me permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva.</p> <p>9 Durante los cursos de educación continua tomados, desarrollé las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que me permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores.</p>
	Evaluación Gerontológica Integral	<p>4 Durante la licenciatura, desarrollé las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que me permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva.</p> <p>5 Mi preparación me permite el poder realizar una evaluación integral a una persona mayor con discapacidad auditiva.</p> <p>9 Durante los cursos de educación continua tomados, desarrollé las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que me permitan evaluar</p>

		<p>eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores.</p> <p>10 Mi preparación en cursos de educación continua me permite poder realizar una evaluación integral a personas mayores con discapacidad auditiva.</p>
	<p>Atención Gerontológica</p>	<p>15. Durante la atención a personas mayores con discapacidad auditiva, se han presentado dificultades para realizar una correcta valoración.</p> <p>16. Pude resolver las dificultades presentadas durante la atención gerontológica a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>24. Durante la atención gerontológica a personas mayores con discapacidad auditiva, se han presentado dificultades que no he podido resolver.</p> <p>1. Considero que es importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>2. Mi preparación durante la licenciatura fue suficiente para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva en mi trabajo.</p> <p>7. Los cursos de educación continua que he tomado, son suficientes para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>17. Considero que una comunicación inadecuada durante la atención gerontológica, no representa una limitante para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>20. Durante la licenciatura, no conté con la suficiente preparación para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva en mi trabajo.</p> <p>25. Considero importante analizar las limitantes que se pueden tener como gerontólogos para brindar una atención óptima a las personas mayores que presentan discapacidad auditiva.</p> <p>26. Creo que no es tan importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>27. Estoy consciente de que una mala comunicación puede ser una limitante en la atención brindada a personas mayores con discapacidad auditiva.</p>

		<p>29. Considero que elementos como la falta de empatía, la presencia de barreras en la comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitantes para una adecuada atención gerontológica.</p>
	Intervención	<p>23. Considero que estoy capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz.</p> <p>8. Durante mi ejercicio profesional como gerontólogo, no he podido brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>11. Mi preparación en cursos de educación continua, me permite brindar intervenciones adecuadas para personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>12. Considero que no estoy capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz.</p> <p>13. Durante mi ejercicio profesional como gerontólogo, he podido brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>14. Considero que actualmente requiero una capacitación en materia de personas mayores con discapacidad auditiva, para poder brindar una intervención adecuada.</p> <p>23. Considero que estoy capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz.</p>
Discapacidad Auditiva	Niveles de audición	<p>19. Mis conocimientos me permiten diferenciar adecuadamente entre hipoacusia, presbiacusia y sordera (niveles de pérdida auditiva).</p>
	Lengua de señas	<p>21. Conozco y estoy familiarizado con la lengua de señas mexicana.</p> <p>22. Mis conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, me permiten, por lo menos, identificar saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación.</p>
	Comunicación Eficaz	<p>17. Considero que una comunicación inadecuada durante la atención gerontológica, no representa una</p>

		<p>limitante para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>18. Considero que no es necesario capacitarse para tener una comunicación eficaz con personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>27. Estoy consciente de que una mala comunicación puede ser una limitante en la atención brindada a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>29. Considero que elementos como la falta de empatía, la presencia de barreras en la comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitantes para una adecuada atención gerontológica.</p> <p>18. Considero que no es necesario capacitarse para tener una comunicación eficaz con personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>22. Mis conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, me permiten, por lo menos, identificar saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación.</p>
Percepción	Limitantes (Preparación adecuada)	<p>20. Durante la licenciatura, no conté con la suficiente preparación para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva en mi trabajo.</p> <p>25. Considero importante analizar las limitantes que se pueden tener como gerontólogos para brindar una atención óptima a las personas mayores que presentan discapacidad auditiva.</p> <p>26. Creo que no es tan importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>27. Estoy consciente de que una mala comunicación puede ser una limitante en la atención brindada a personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>28. Creo que un programa educativo de gerontología, no requiere incluir contenidos específicos para que el egresado pueda atender a personas mayores con discapacidad auditiva.</p>

	<p>29. Considero que elementos como la falta de empatía, la presencia de barreras en la comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitantes para una adecuada atención gerontológica.</p> <p>30. Considero que este tipo de investigación ayuda a crear estrategias para mejorar mis competencias como gerontólogo.</p> <p>18. Considero que no es necesario capacitarse para tener una comunicación eficaz con personas mayores con discapacidad auditiva.</p> <p>20. Durante la licenciatura, no conté con la suficiente preparación para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva en mi trabajo.</p> <p>22. Mis conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, me permiten, por lo menos, identificar saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación.</p> <p>23. Considero que estoy capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz.</p>
--	---

1.12 Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron mediante un link de manera virtual, en un tiempo aproximado de 15 min, con los siguientes pasos:

Primero: Se eligieron las personas, con base en los criterios de exclusión e inclusión, lo cual permitirá objetivar la investigación y así evitar falsos resultados.

Segundo: Se crearon los instrumentos por medio de Google formularios.

Tercero: Se contacto a cada uno de los participantes, por medio de redes sociales, así como de algunos otros con los que se había solicitado su número de manera personal, siendo a estos a los que se les explico el motivo de solicitarles su

contacto.

Cuarto: La entrevistadora se presentó a sí misma y a la investigación a cada uno de los participantes, mencionando las generalidades de la misma, además explicando la importancia de su participación en la investigación.

Quinto: Se envió el link del instrumento creado de forma digital, para su resolución.

Sexto: Fue resuelto con éxito en el transcurso de 2 días.

Séptimo: Se realizó la recolección de datos sociodemográficos y después el análisis de los datos obtenidos en los ítems.

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 Vejez y envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que ocurre de manera gradual e irreversible, representa toda esa serie de cambios que se presentan de manera biopsicosocial en las personas, para que pudiera suscitarse este proceso tuvo que existir un aumento en los años que vivía una persona, también conocido como esperanza de vida, donde se hace presente un envejecimiento saludable permitiendo este incremento de años de vida en las personas. El envejecimiento demográfico que se ha producido a nivel Mundial y en México el cual no es una excepción, representa la manera del incremento en la población de edades avanzadas, donde nuestro país experimenta un intenso y acelerado proceso de cambio en la distribución por edades de la población, transitando de una población joven a una más envejecida.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Por otro lado, el término Envejecimiento Saludable se emplea actualmente en círculos académicos y políticos; sin embargo, y sorprendentemente, no hay consenso sobre lo que ese concepto podría abarcar o cómo se lo podría definir o medir. A menudo se lo utiliza para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables. Esta distinción es problemática en la vejez debido a que muchas personas presentan una o más afecciones que están bien controladas y tienen poca influencia en su capacidad de funcionamiento. Por lo tanto, al

plantear la meta de una estrategia de salud pública sobre el envejecimiento, la OMS considera el Envejecimiento Saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales (Organización Mundial de la Salud, 2015). En este informe, se define el Envejecimiento Saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, además de incluir las capacidades intrínsecas como se observa en la Fig. 2.

Figura 2.1. Envejecimiento Saludable

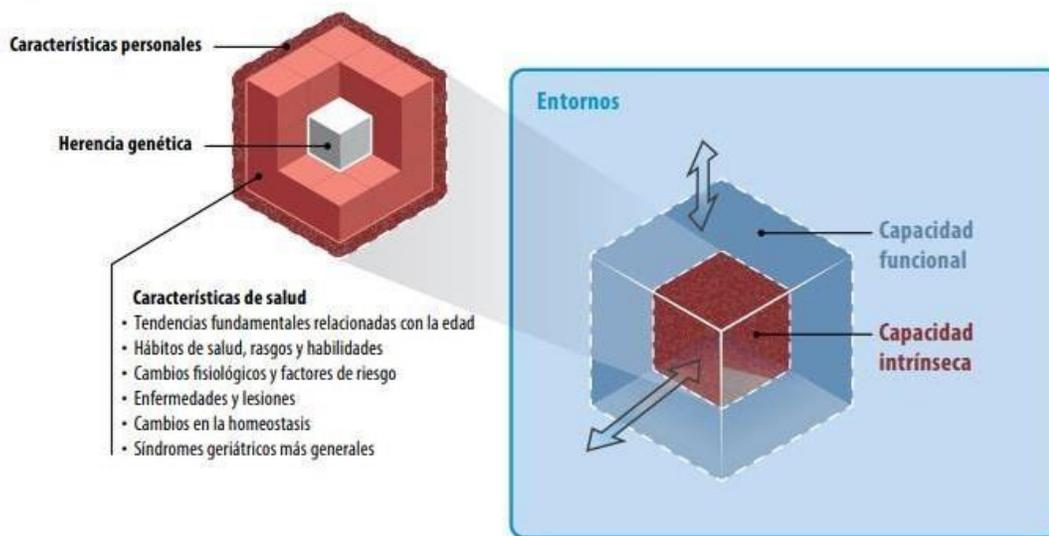


Fig. 2. Envejecimiento saludable (OMS, 2015).

Al respecto, la capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, mientras que la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características (Organización Mundial de la Salud, 2015). Por otro lado, el entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye —desde el nivel micro hasta el nivel macro— el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las

actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El Envejecimiento Saludable comienza al nacer con nuestra herencia genética. La expresión de estos genes puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores. Pero todos también nacemos en un medio social. Entre las características personales se encuentran aquellas que son fijas, como el sexo y el origen étnico, y otras que tienen cierta movilidad o reflejan normas sociales, como la ocupación, el nivel educativo, el género o la riqueza. Estas características contribuyen a nuestra posición social en un contexto y momento determinado, lo que define las exposiciones, las oportunidades y los obstáculos que enfrentamos, así como nuestro acceso a los recursos. Estas interacciones pueden ser injustas o inequitativas, ya que no siempre nuestras oportunidades y recursos se corresponden con nuestras necesidades o derechos, y sí con nuestra posición social o económica (Organización Mundial de la Salud, 2015).

A medida que las personas envejecen, sufren una acumulación gradual de daños moleculares y celulares que ocasiona una disminución general de las reservas fisiológicas. Estos amplios cambios fisiológicos y homeostáticos son, en gran medida, inevitables, a pesar de que su grado varía considerablemente entre individuos de la misma edad cronológica. Además de estos cambios fundamentales, la exposición a una serie de influencias positivas y negativas del entorno en el curso de la vida puede influir en el desarrollo de otras características de salud, como factores fisiológicos de riesgo (por ejemplo, hipertensión arterial), enfermedades, lesiones y síndromes geriátricos más amplios (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La interacción entre estas características de salud, en última instancia, determina la capacidad intrínseca de la persona, esto es, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta. Sin embargo, si las personas mayores pueden lograr o no las cosas que les importan dependerá no solo de esa capacidad, sino también de otras interacciones con el entorno que habitan en un momento determinado de su

vida. Por ejemplo, las personas mayores con capacidad física limitada pueden conservar la movilidad que necesitan si utilizan un dispositivo de apoyo y viven cerca de un medio de transporte público con acceso para personas con discapacidad. A otras personas con las mismas limitaciones físicas pero que viven en entornos menos propicios les puede resultar mucho más difícil. Esta combinación final entre la persona y su entorno, y la interacción entre ellos, es lo que se conoce como la capacidad funcional del individuo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

2.1.2 Personas mayores

Las personas mayores son consideradas como un grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. (Ministerio de Educación de Chile , 2007). Según la OMS (2015), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona mayor. Ahora bien, se proyecta que para el 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En el año 2050, la población mundial de personas en esa franja de edad se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Este cambio en la distribución de la población de los países hacia edades más avanzadas —lo que se conoce como envejecimiento de la población— empezó en los países de ingresos altos (en el Japón, por ejemplo, el 30% de la población ya tiene más de 60 años), pero los cambios más importantes se están viendo actualmente en los países de ingresos bajos y medianos. En 2050, dos tercios de la población mundial de más de 60 años vivirá en países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud, 2021).

De acuerdo con las cifras y proyecciones del Consejo Estatal de Población en el estado de Hidalgo (Coespo) en el 2021 al menos 253 mil 347 personas mayores de 65

años quienes habitan en la entidad; de los cuales 115 mil 198 son hombres, es decir, el 45.5 por ciento, y 138 mil 149 mujeres, el 54.5 por ciento (La Jornada, 2021).

Sin embargo, para el año 2030, la población de adultos mayores alcanzará las 354 mil 816 personas, y representarán a 10.4 por ciento del total de habitantes contemplados. Al menos el 45.1 por ciento serán varones, y sumarán 159 mil 493; mientras que el 54.9 por ciento serán mujeres y sumarán 195 mil 323 (La Jornada, 2021).

La Coespo también indica que actualmente existen al menos 853 mil 613 hogares en Hidalgo y de estos 158 mil 427 tienen a una persona mayor de 65 años como jefe de familia, lo que representa el 18.6 por ciento con respecto del total, todos estos individuos pasando por un proceso de envejecimiento siendo este irreversible y gradual, permitiendo un aumento de esperanza de vida (La Jornada, 2021).

2.1.3 Vejez

Considerada como la última etapa de la vida, la vejez, al igual que la niñez, adolescencia y adultez, constituye la última fase del ciclo vital y es donde convergen todos los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren a lo largo de toda la vida y el propio proceso de envejecimiento. A partir de la palabra “vejez” se desprenden muchas otras palabras a veces con contenido y concepciones negativas como “viejo”, “arcaico”, “obsoleto”, “inservible” entre otros y cuyo origen está en la mente de las personas que viven en sociedades que ven a la vejez o al “viejo” con una imagen peyorativa, es decir, discriminativa (Norori, 2016). La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que se conocen habitualmente por el nombre de síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión (Organización Mundial de la Salud, 2021).

2.1.4 Cambios biológicos, psicológicos y sociales propias del envejecimiento.

La esperanza de vida al nacer, representa el promedio de años que vivirá una persona en un lugar determinado, influyendo el contexto en el que se encuentra con el paso de los años, y los nuevos avances que se han registrado con relación a la atención en la salud, la esperanza de vida de las personas ha incrementado, aunque las mujeres sin importar la región a diferencia de los hombres tienen mayor probabilidad de vivir más años (OMS, 2015). Siendo la estimación de la esperanza de vida a nivel mundial los 63 años (SECRETARIA DE SALUD, 2016), sin embargo, para su estimación en México y otros países en vía de desarrollo la Persona Adulta Mayor es considerada a partir de los 60 años, mientras que en países desarrollados son considerados a partir de los 65 años.

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la osteoartritis, las neumopatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y la demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. Esto quiere decir que, las Personas Mayores, presentan una serie de cambios de manera bio (biológico), psico (psicológico) y social.

Cambios biológicos

Los cambios que ocurren de manera Biológica son los físicos y fisiológicos, los cambios físicos son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo (Mc Graw Hill, s.f.). En la estructura muscular se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro.

Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular, a nivel esquelético se presenta mayor fragilidad en los huesos y en otros casos algunas un desgaste en ellos, en las articulaciones se tiene una reducción en la flexibilidad, teniendo mayor rigidez articular siendo la principal consecuencia del dolor, en el sistema cardiovascular se presenta un endurecimiento de las fibras musculares y

una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios, dificultan el paso de la sangre el paso de la sangre, a nivel de sistema respiratorio se tiene una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, en el sistema excretor el riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional, haciendo frecuentes los episodios de incontinencia.

Y por último y no menos importante el sistema digestivo va presentando una digestión dificultosa al igual que, reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado (Mc Graw Hill, s.f.).

Cambios sociales

Los cambios sociales son aquellos que ocurren por la transformación que las personas tienen en la función de sus normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social, adquirido o atribuido. Con el paso de los años la sociedad o las condiciones en las que se encuentran los obligan a abandonar actividades que antes realizaban teniendo pérdidas, estas pérdidas son de manera física, familiares o amigos, y de manera material o de actividades (Mc Graw Hill, s.f.). Al respecto, algunas teorías definen los cambios sociales de esta manera:

- Teoría de la desvinculación. De acuerdo a Cumming y Henry (1961) en su teoría mencionan que lo natural es la desvinculación del entorno. Envejecimiento satisfactorio cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones
- Teoría de la actividad. Tartler (1961) menciona en su teoría que, a mayor actividad, mayor satisfacción. La sociedad es responsable de la pérdida de actividad (p.ej., jubilación).
- Teoría de la continuidad. Por último, Atchley (1971) dice que la continuidad en los estilos de vida de otras etapas. Se mantienen los mismos estilos, pero

acentuados. Requisito para un envejecimiento satisfactorio: permitir esa continuidad (Mc Graw Hill, s.f.).

Cambios psicológicos

Los cambios psicológicos son esos cambios que se presentan cognitivamente y emocionalmente, donde a veces se llegan a presentar crisis por envejecer. En general con el envejecimiento existe un declive y un enlentecimiento de las capacidades cognitivas, aunque existe una enorme variabilidad y depende de numerosos factores (nivel educativo, dedicación laboral, actividad física, etc.). Las capacidades cognitivas que se ven afectadas son:

- 1) Procesado de la información. Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativa al procesamiento de la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación, ante las pérdidas que se detectan causando ansiedad.
- 2) Inteligencia. Se mantiene estable durante la etapa de la vejez, aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante, los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años.
- 3) Memoria. La memoria se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria a corto plazo que empieza a mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en las personas mayores.
- 4) Lenguaje. La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.
- 5) Afectividad emocional. La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc.). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y

de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas (Castanedo & Sarabia, s/f).

Cambios en sistemas sensoriales

Los cambios que se presentan en la visión son la disminución en la agudeza visual y la capacidad para distinguir colores, en el gusto y olfato se presenta una disminución de detección de sabores debido al deterioro de las papilas gustativas teniendo también una pérdida para la discriminación de los olores de los alimentos, en el tacto se presenta al igual que los demás sentidos sensoriales una pérdida en la sensibilidad provocando que puedan presentar alguna quemadura y no sientan al momento de tener ese incidente, mientras que en la audición se tiene una menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para distinguir palabras y comprender conversaciones normales (Mc Graw Hill, s.f.). Sin embargo, son las alteraciones en la capacidad auditiva, unas de las que pueden generar dificultades para la comunicación adecuada con las personas mayores, especialmente si dicha comunicación se da en torno a la salud.

Capítulo 2.2 Discapacidad auditiva

Sobre el tema de discapacidad auditiva, cabe resaltar en primer lugar que la audición significa oír y comprender lo que se dice, y resulta indispensable para la comunicación oral. En segundo lugar, el órgano de la audición es el oído, que transforma las ondas sonoras del exterior, las amplifica y las convierte en energía bioeléctrica para que el cerebro las procese y entienda (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010). Por consiguiente, la discapacidad auditiva se define como la pérdida o anomalía de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral. Partiendo de que la audición es la vía principal a través de la cual se desarrolla el lenguaje y el habla, debemos tener presente que cualquier trastorno en la percepción auditiva del niño y la niña, a edades tempranas, va a afectar a su desarrollo lingüístico y comunicativo, a sus procesos cognitivos y, consecuentemente, a su posterior integración escolar, social y laboral (Carrasco, 2015) Entendiéndose como la carencia de la capacidad parcial o completa para escuchar por uno o ambos oídos, y comprende una menor o mayor limitación para la comunicación y el desarrollo de las actividades cotidianas, a nivel social, académico y profesional, pudiendo traer consigo consecuencias en el ámbito psicológico, emocional y comportamental (Idarraga, Rincón, Hoyos, & Ochoa, 2009).

2.2.1 La audición y sus componentes

La audición es un sentido de gran importancia que, entre otros, nos capacita para acceder al lenguaje. En ocasiones este sentido se ve alterado, produciéndose una pérdida de audición, lo que implica la existencia de personas con déficit auditivo. De acuerdo con Carrasco, (2015), estos déficits o pérdidas auditivas, se clasifican en diferentes tipos atendiendo a:

- Parte del oído afectada.
- Grado de pérdida.
- Momento de adquisición.

Todas estas características no deben de ser generalizadas y es necesario individualizar cada caso. La presentación de las mismas dependerá de múltiples factores y variables como, la existencia de un lenguaje interior, su nivel de codificación fonológica, la riqueza de las experiencias interpersonales, etc. Pero para poder comprender mejor la sordera en primera instancia se tiene que conocer la composición del oído. *El oído*. El oído es un órgano sensorial complejo compuesto por el sistema auditivo (encargado de la percepción de los sonidos) y el sistema vestibular (cuya función se relaciona con el mantenimiento del equilibrio). Cada una de sus tres partes (oído externo, oído medio y oído interno) es un componente integral del aparato de la audición. El oído se desarrolla a partir del ectodermo de revestimiento y de componentes de los arcos faríngeos primero y segundo (Galliano & Cesario, 2018). El oído se integra por tres partes:

-*Oído externo*. Está formado por la oreja y el conducto auditivo externo, el cual funciona como un embudo que conduce el sonido hacia adentro. La oreja contribuye a la localización del sonido, es decir, ayuda a identificar si un sonido proviene de arriba o de abajo, del lado derecho o del lado izquierdo. El límite entre el conducto auditivo externo y el oído medio es la membrana timpánica o tímpano. Cuando las ondas sonoras llegan al tímpano lo hacen vibrar (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).

-*Oído medio*. Es una pequeña cavidad, del tamaño de un chícharo o una goma de lápiz, con tres huesecillos: el martillo, el yunque y el estribo. La función de estos huesecillos es amplificar y transmitir las vibraciones mecánicas del tímpano al oído interno (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).

-*Oído interno*. En él se encuentra la cóclea, que tiene forma de caracol, y contiene líquidos y unas pequeñas vellosidades. El sistema coclear transforma las ondas mecánicas en energía bioeléctrica que es conducida por el nervio auditivo hasta el cerebro, donde se reconoce el sonido (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).

La audición es una función prioritaria para la comunicación y el intercambio de

información, que puede verse afectada por agentes extrínsecos e intrínsecos. Se sabe que la presbiacusia es la causa más frecuente de déficit auditivo en personas mayores, que su prevalencia aumenta con la edad y que es una condición irreversible, aunque con amplias opciones de rehabilitación, entre las que se encuentran la terapia de entrenamiento y el uso de audífonos, amplificadores e implantes cocleares cuya eficacia es muy satisfactoria. Sin embargo, todas estas opciones son de alto costo, baja disponibilidad y requieren de educación y minucioso seguimiento. (Cano, Borda, Arciniegas, & Parra, 2014)

2.2.2 Discapacidad auditiva y sus causas

Durante mucho tiempo, a escala mundial, la discapacidad ha sido considerada desde un modelo médico fisiológico-individual, que hiperboliza la limitación física proveniente de un daño orgánico generalmente irreversible, de ahí que las prácticas e interacciones de estas personas queden sujetas a esa discapacidad y obvian el objetivo de prepararlos para un buen funcionamiento social (Llanes & Sedano, 2014). Al respecto, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada el 13 de diciembre de 2006, por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), en Nueva York, ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, afirma en el artículo 1 que *“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”* (Brito, 2018, p. 10). El objetivo de esta convención es promover y asegurar el disfrute de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad y respetando su dignidad.

Es así como las personas con discapacidad pasan de ser meros objetos de tratamiento y protección social a ser sujetos titulares de derechos (Brito, 2018). De igual forma, el escritor sordo Carlos Michaud dice: *“Cuando se es sordo, es cierto que no se puede oír, pero todo lo demás se puede hacer, e incluso más”*. Suele haber una visión sobre la sordera un tanto negativa, pues se cree que una persona discapacitada no será

capaz de llegar a valerse por sí mismo y ser independiente; pero mejorarles la vida es posible gracias a la ayuda de las personas que los rodean (Carlos Michau, pág 2, como se mencionó en Brito, 2018).

Ahora bien, en relación con la discapacidad, no existe una única definición de discapacidad o de persona con discapacidad, ya que el término discapacidad es bastante complejo, ha ido evolucionando a lo largo de la historia y ha sido abordado desde diversos modelos. Según Seoane (2001) estos modelos son:

- *El modelo médico o rehabilitador* es el más antiguo y considera la discapacidad como un problema personal causado por alguna enfermedad o deficiencia, y que se debe corregir mediante el tratamiento médico.
- *El modelo social* pretende mejorar el modelo anterior poniendo el énfasis en el factor social. La discapacidad deja de ser un problema individual. Este modelo no tiene en cuenta las causas orgánicas de la discapacidad.
- *El modelo biopsicosocial* fusiona la consideración médica y social de la discapacidad. Desde este modelo se considera que se debe tener en cuenta el contexto personal, social y cultural de cada persona con discapacidad. Además, desde este modelo, la discapacidad se valora de forma positiva, se comienzan a tener en consideración las capacidades de las personas con discapacidad, su funcionamiento, y la mejora de estas mediante diversos apoyos.
- *El modelo de la diversidad* reconoce el valor de la discapacidad como característica de la diversidad humana y como elemento que beneficia a la sociedad. Además, promueve la participación de las personas con discapacidad en la elaboración de una definición de discapacidad. La diferencia es un rasgo universal, pues todos somos diferentes, cada persona con discapacidad es diferente. Este modelo propone un cambio terminológico, defendiendo el uso de un nuevo término, personas con diversidad funcional, y trata de eliminar términos como minusválido o discapacidad.
- *El modelo de los derechos*, fomenta los derechos de las personas con discapacidad, la persona con discapacidad es un sujeto de derecho, promoviendo

la no discriminación, la igualdad de oportunidades y la autonomía de las personas con discapacidad (Brito, 2018).

La mayoría de las Personas en situación de discapacidad visual y auditiva provienen de un bajo nivel socioeconómico, con un menor ingreso familiar, de educación y empleo que sus contrapartes sin discapacidad. Recientemente se ha evidenciado que la discapacidad visual y auditiva son responsables de la pérdida de 34 millones de AVAD (años de vida ajustados por discapacidad). La mayoría de las Personas en situación de discapacidad se ven afectadas por situaciones de inequidad social y sanitaria. Siendo uno de los grupos más afectados las personas en situación de discapacidad auditivas y visuales, debido a aspectos comunicacionales (Campos & Cartes, 2019).

La pérdida auditiva es la incapacidad para recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente. Desde el punto de vista médico-fisiológico, la pérdida auditiva consiste en la disminución de la capacidad de oír; la persona afectada no sólo escucha menos, sino que percibe el sonido de forma irregular y distorsionada, lo que limita sus posibilidades para procesar debidamente la información auditiva de acuerdo con el tipo y grado de pérdida auditiva. La persona que no puede escuchar enfrenta graves problemas para desenvolverse en la sociedad, por las dificultades para detectar la fuente sonora, identificar cualquier sonido del habla o ambiental, seguir una conversación y sobre todo comprender el lenguaje oral. Estas pérdidas repercuten en el desarrollo de las habilidades del pensamiento, del habla y del lenguaje; también en la conducta, el desarrollo social y emocional, y el desempeño escolar y laboral (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).

Las personas con discapacidad auditiva conforman una población muy heterogénea, ya que con un mismo grado de pérdida auditiva, las variables que influyen en la capacidad auditiva pueden ser de diversa índole (dificultades para escuchar determinados sonidos en distintas frecuencias, dificultades de comprensión lectora, dificultades en el habla, etc.), por lo que las medidas de accesibilidad podrán variar en

función de las necesidades de la misma (Jiménez & Martín, 2015).

En ese mismo sentido, las dificultades auditivas pueden deberse a diferentes causas. Desde un punto de vista general, y de acuerdo con el Ministerio de Educación de Chile (2007), este déficit se puede originar en diferentes etapas de la vida de un ser humano por alguno de los siguientes factores:

- Hereditarios: se trata del factor que presenta menor incidencia de todos.
- Prenatales: Rubéola, uso de alcohol, drogas o medicamentos ototóxicos por parte de la madre embarazada.
- Perinatales: durante o cercanos al parto: bajo peso de nacimiento, golpes, caídas y traumas durante el parto.
- Postnatales: Meningitis, otitis media mucosa recurrente con daño de tímpano, traumas acústicos producidos por golpes o exposición a ruidos de fuerte intensidad y en forma permanente.

Mientras que, por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, (2019) clasifica de dos maneras las causas de la pérdida de la audición, en congénitas o adquiridas:

- *Congénitas*: determinan la pérdida de audición en el momento del nacimiento o poco después. La pérdida de audición puede obedecer a factores hereditarios y no hereditarios, o a complicaciones durante el embarazo y el parto, entre ellas la rubeóla materna, sífilis u otras infecciones en el embarazo, bajo peso al nacer, asfixia del parto, uso indebido de medicamentos ototóxicos (como aminoglucósidos, medicamentos citotóxicos, antipalúdicos y diuréticos) durante el embarazo e ictericia grave durante el período neonatal, que puede lesionar el nervio auditivo del recién nacido (Pacheco, 2015).
- *Adquiridas*: Se refiere a la pérdida de la audición a cualquier edad que puede estar provocada por algunas enfermedades infecciosas (la meningitis, el sarampión y la parotiditis) y la infección crónica del oído, que generalmente se manifiesta por supuración ótica. En algunos casos esa infección puede conllevar complicaciones graves, tales como absceso cerebral o meningitis, que pongan

en peligro la vida. La presencia de líquido en el oído (otitis media) también puede ser causa de sordera, el uso de medicamentos ototóxicos a cualquier edad, incluidos antibióticos y antipalúdicos, puede provocar daños en el oído interno (Pacheco, 2015). También puede causar pérdida de audición los traumatismos craneoencefálicos o de los oídos pueden causar pérdida de audición, además, la exposición al ruido excesivo, por ejemplo, el de una maquinaria ruidosa o la música a un volumen muy alto, así como otros ruidos fuertes, como disparos o explosiones, pueden menoscabar la audición (Pacheco, 2015).

2.2.3 La discapacidad auditiva y las personas mayores

En muchos estudios se ha descrito la pérdida auditiva como el déficit sensorial más frecuente en las personas mayores. Se ha demostrado ampliamente que la calidad de vida de las personas con pérdida auditiva se ve comprometida, dado que esta se relaciona con el aislamiento, la depresión, la ansiedad y el deterioro cognoscitivo. Además, quienes sufren de pérdida de la audición moderada o grave son más propensos que los individuos sanos al deterioro en la ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Cano, Borda, Arciniegas, & Parra, 2014). La relación entre la deficiencia auditiva y los problemas relacionados con la salud mental, particularmente ansiedad y depresión, ha sido un tema que ha recibido poca atención en la investigación científica; esto se refleja en la escasa literatura que puede hallarse en el medio académico (Idarraga, Rincón, Hoyos, & Ochoa, 2009).

Por ello, es necesario considerar las implicaciones emocionales, afectivas y sociales que vienen ligadas a la deficiencia auditiva, puesto que las situaciones de aislamiento, comunicación y las dificultades a las que esta población se enfrenta en su cotidianidad, pueden repercutir negativamente en el proceso de integración y relación social (Idarraga, Rincón, Hoyos, & Ochoa, 2009).

Las personas con deficiencia auditiva que no utilizan el lenguaje de señas tienen mayores dificultades en las relaciones sociales que aquellas que si lo utilizan, y ambos grupos están en desventaja en relación con la población oyente en todos los ámbitos

(físico, psicológico, social, ambiental). De igual manera, se halló que las personas con deficiencia auditiva presentaron niveles sintomáticos más altos en ansiedad, somatización, ideación paranoide, depresión y sensibilidad interpersonal. Idárraga, Rincón, Hoyos & Ochoa (2009), concluyen que, para las personas con deficiencia auditiva, la calidad de vida se relaciona con la posibilidad de escuchar; además señalan que un factor protector para esta población podría ser el aprendizaje del lenguaje de señas, ya que esto les permitiría mejorar sus relaciones sociales, tanto con aquellas que tienen la misma discapacidad como con las que no la tienen. Al mismo tiempo esto permitiría disminuir la ansiedad que genera en ellos el no poder comunicarse y establecer relaciones y vínculos interpersonales.

Los problemas auditivos constituyen una importante causa de discapacidad, limitan la interacción de las personas con su entorno, pues deterioran su funcionalidad global, y representan grandes obstáculos para la realización de las actividades cotidianas. Esto es especialmente cierto para la presbiacusia, ya que los individuos pierden progresivamente las funciones auditivas y, generalmente, no se encuentran preparados para adaptarse a esta nueva condición y continuar con sus actividades. La presbiacusia, por consiguiente, resulta en un deterioro de la calidad de vida, lo cual se ve reflejado en múltiples esferas, especialmente en el ámbito social, pero también en las esferas mental, emocional y funcional. Se han reportado prevalencias de problemas auditivos en adultos mayores que van desde 16,9 hasta 43,4 %, tanto en España como en los países de Latinoamérica participantes en el estudio SABE. La amplia diferencia en las prevalencias halladas en estos estudios puede estar relacionada con la forma en la cual se aplicaron cada una de las encuestas, con el tipo de preguntas y con el estilo de vida de la gente, lo que implica diversos niveles de exposición y de riesgo que repercuten en la audición (Cano, Borda, Arciniegas, & Parra, 2014).

Las características que corresponde a cada sujeto será un punto importante, para la creación de estrategias adecuadas para su desarrollo de la persona, debido a que algunos de ellos desde que son pequeños han sido educados con esa discapacidad y les es más sencillo definir un tipo de comunicación, a comparación de las persona que

sufren esta pérdida en la vejez o adultez, debido a que tienen que tener un cambio en su forma de comunicación, causando frustración y en algunos casos excluyéndose de las actividades sociales. En algunas ocasiones se comete el error de creer que todas las personas con discapacidad auditiva son iguales y que su problema se centra únicamente en su pérdida auditiva, cuando en realidad el problema es mucho más complicado y en el desarrollo integral del sujeto el que se ve afectado de una manera global.

2.2.4 Niveles y tipos de pérdida auditiva

Partiendo de que la audición es la vía principal a través de la que se desarrolla el lenguaje y el habla, debemos tener presente que cualquier trastorno en la percepción auditiva del niño, a edades tempranas, va a afectar a su desarrollo lingüístico y comunicativo, a sus procesos cognitivos y, consecuentemente, a su posterior integración escolar, social y laboral (FIAPAS, 1990). Esta afectación se da de igual forma en las personas mayores, y trae consigo consecuencias durante el desarrollo de la persona, al ir creciendo e integrándose a las actividades en la sociedad; por lo que es necesario distinguir el nivel en el que se encuentra dicha afectación.

Se debe tomar en cuenta, una diferenciación importante en la pérdida de audición: sordera, hipoacusia y presbiacusia. De manera general, la hipoacusia es la pérdida de audición que, con o sin ayuda técnica, permite acceder al lenguaje oral por vía auditiva. La sordera es la pérdida de audición que impide el acceso al lenguaje oral por vía auditiva, convirtiéndose la visión en el principal canal para llevar a cabo el proceso de comunicación (Carrasco, 2015). El término deficiencias auditivas es sinónimo de sordera, en este grupo se incluye a las personas que no pueden oír, así como aquellas que presentan dificultad para escuchar (debilidad auditiva), en uno o ambos oídos sea por nacimiento o porque la adquirió después de haber aprendido el lenguaje oral y que, aun usando un aparato auditivo, presentan dificultad para escuchar debido a lo avanzado de su problema (Martínez & Miranda, 2012).

Hipoacusia

Se dice que alguien sufre pérdida de la audición (hipoacusia) cuando no es capaz de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o mejor que 20 dB. De acuerdo con la OMS, la hipoacusia puede ser leve, moderada, grave o profunda, y puede afectar a uno o ambos oídos; sin embargo, Lorduy, Pereira, & Gutiérrez , (2019) denominan hipoacusia o sordera al defecto funcional que ocurre cuando un sujeto pierde capacidad auditiva, independientemente de la intensidad. La hipoacusia es uno de los síntomas que pueden estar presente en la enfermedad otoneurológica, por lo tanto, la pérdida de audición constituye un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria y sobre todo en las consultas de Atención Especializada de Otorrinolaringología.

Presbiacusia

La presbiacusia es una pérdida auditiva relacionada con el envejecimiento, y es la causa más frecuente de hipoacusia en adultos (Munyo & Borche, 2016). Al respecto, existen muchos factores asociados al desarrollo de la presbiacusia: medioambientales, genéticos, la presencia de patologías crónicas asociadas, entre otros.

Dentro de los factores medioambientales se destaca la exposición a ruidos. Esto ha sido objetivo de múltiples estudios que han demostrado que la exposición a ruidos fuertes es capaz de dañar las células ciliadas; este daño puede ser inicialmente reversible, pero si el estímulo sonoro se mantiene, el daño se tornará irreversible y se sumará al daño indefectible que estas células sufrirán con el paso del tiempo.

La presencia de patologías asociadas es también un factor que aumenta la posibilidad del desarrollo de una presbiacusia; en muchos estudios se ha constatado la presencia de enfermedades de la esfera cardiovascular (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, ataques cerebrovasculares, etc.). La importancia de este factor radica en la posibilidad de actuar sobre el mismo. Los radicales libres son el objeto de muchos investigadores en relación a diversas patologías, y la presbiacusia no es la excepción (Munyo & Borche, 2016).

Sordera

La sordera en cuanto deficiencia, se refiere a la pérdida o anomalía de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral. La diferencia principal entre la sordera y la hipoacusia es el grado de intensidad de la pérdida auditiva. Así, las personas que padecen hipoacusia sufren una pérdida auditiva que no supera los 70dB, y en cambio, las personas con sordera han perdido más de 70dB en su capacidad auditiva (Audifon Grupo Audika, s/f).

Ahora bien, las pérdidas auditivas pueden presentarse de acuerdo con la intensidad del sonido, con la edad y con la localización:

1. *Pérdida auditiva según la intensidad.* Se basa en el nivel de intensidad del sonido, al cual la persona empieza a escuchar. Aquí, se describe el tipo de hipoacusia cuyos niveles son:

- *Normoaudición:* El umbral de audición no sobrepasa los 20 dB. Ésta es la intensidad que percibe un oído que no sufre ningún tipo de pérdida auditiva.
- *Hipoacusia leve:* Este tipo de hipoacusia no produce alteraciones significativas en el desarrollo del lenguaje. El grado de pérdida de audición se encuentra entre 20 y 40 dB.
- *Hipoacusia media:* La pérdida auditiva se sitúa entre 40 y 70 dB. Con esta hipoacusia se tienen problemas para la adquisición del lenguaje y por lo tanto es necesaria una prótesis.
- *Hipoacusia severa:* Esta hipoacusia crea un problema en el habla de la persona como también en la adquisición del lenguaje. La persona no puede oír la voz de la persona que le está hablando a menos que esta le hable muy fuerte. Para este tipo de casos es necesario el uso de la lectura labial y el audífono. La pérdida auditiva se sitúa entre 70 y 90 dB.
- *Hipoacusia profunda:* Será imprescindible el uso de audífonos o implante coclear, una enseñanza intencional y sistemática del lenguaje. La pérdida auditiva supera los 90 dB.
- *Cofosis:* La cofosis supone la pérdida total de la audición. Su umbral de

audición supera los 120 dB (Hernández & Márquez, 2013).

2. *Pérdida auditiva según la edad.* Uno de los factores que influyen en el impacto del desarrollo del lenguaje es el momento en el que aparece la discapacidad auditiva, siendo crucial para el desarrollo del lenguaje del individuo por lo que se distinguen 3 grupos:

- *Postlocutiva:* La pérdida aparece después de la adquisición del lenguaje.
- *Prelocutiva:* La pérdida aparece antes de la adquisición del lenguaje.
- *Perilocutiva:* La pérdida auditiva aparece en el momento en el que el niño está adquiriendo el lenguaje.

3. *Pérdida según la localización en el sistema auditivo.* O pérdida de tipo neurosensorial; esta clase de pérdida se puede dar debido a una disfunción del nervio auditivo, debido a que las células ciliadas se encuentran dañadas. Otras causas de este tipo de pérdida, son los factores genéticos, las drogas ototóxicas, los traumas generados en el sistema auditivo e inclusive los factores de edad. Como cualquier tipo de pérdida auditiva, ésta genera disminución en la habilidad de la persona para escuchar cierto tipo de frecuencias, lo que dificulta el entendimiento de conversaciones, al percibir sonidos poco claros, aun cuando estos son generados con la suficiente intensidad para ser escuchados por la persona con pérdida de audición (Hernández & Márquez , 2013).

2.2.5 Consecuencias de la pérdida de audición

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) señala diferentes consecuencias que afectan directamente a las personas con pérdida auditiva, éstas pueden influir en el desarrollo de la vida en varios ámbitos. Entre ellas, destacan las consecuencias funcionales, las consecuencias sociales y emocionales y las consecuencias económicas.

Una de las principales consecuencias de la pérdida de audición es la limitación de la capacidad de la persona para comunicarse con los demás, lo que repercute en su funcionalidad. En los niños con sordera el desarrollo del habla se suele retrasar. La

pérdida de audición y las enfermedades del oído, entre ellas la otitis media, pueden tener efectos muy perjudiciales en el rendimiento escolar de los niños. Sin embargo, cuando se ofrece a las personas con pérdida de audición la oportunidad de comunicarse, estas pueden interactuar con los demás en igualdad de condiciones. La comunicación puede tener lugar por medio del lenguaje oral o escrito, o el lenguaje de signos (Pacheco, 2015).

Ahora bien, los problemas de comunicación y el acceso limitado a los servicios pueden tener efectos importantes en la vida cotidiana y generar sensación de soledad, aislamiento y frustración, sobre todo en las personas mayores que padecen pérdida de audición. Una persona con sordera congénita que no haya tenido la oportunidad de aprender en la infancia el lenguaje de signos, podría sentirse muy excluida de la vida social (Pacheco, 2015). En la misma línea, entre los adultos con pérdida de audición la tasa de desempleo es mucho más alta. Una gran proporción de los que tienen empleo ocupan puestos de categoría inferior en relación con la fuerza de trabajo en general. La mejora del acceso a la educación y a los servicios de rehabilitación profesional, así como la sensibilización de los empleadores, permitiría reducir las tasas de desempleo de los adultos que padecen pérdida de audición. Además de las consecuencias económicas individuales que ocasiona, la pérdida de audición repercute considerablemente en el desarrollo socioeconómico de las comunidades y los países (Pacheco, 2015).

2.2.2.1 Comorbilidades en personas con discapacidad auditiva

Las personas Sordas, que utilizan la lengua de señas para comunicarse, tienen mayores tasas de obesidad y de hipertensión, pero sin diferencias en cuanto a la prevalencia de diabetes o enfermedad cardiovascular. Además, la discapacidad auditiva ha sido asociada de manera independiente con artritis, cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfisema, hipertensión e infarto (Campos & Cartes, 2019). Finalmente, esta discapacidad se ha asociado a un mayor número de hospitalizaciones y días de pobre salud física.

Por otra parte, y desde el punto de vista psicológico, las personas con

discapacidad auditiva en general reportan mayores comorbilidades psicológicas, como una mayor incidencia de demencia. También, reportan mayores índices de depresión y de otras disfunciones mentales. Se ha encontrado una asociación independiente entre algún desorden o deterioro cognitivo acelerado y la discapacidad auditiva (Campos & Cartes, 2019). La discapacidad auditiva tiene un impacto negativo en la calidad de vida, especialmente respecto a los aspectos sociales y emocionales de la comunicación en los adultos, y en los aspectos educacionales y sociales (Campos & Cartes, 2019).

2.2.6 La intervención en la discapacidad auditiva

Es fundamental conocer las características de la persona, así como de la pérdida auditiva, para decantarnos por el método y las ayudas técnicas que se requerirán durante la intervención. Para adentrarse en dichos métodos, primero se debe establecer su clasificación. Los métodos con los que se pueden intervenir, de acuerdo a Carrasco (2015), se dividen en orales, gestuales y mixtos.

1. Métodos Orales

A) Método Verbotonal. El Método Verbotonal resalta la idea de que el acto de comunicar está constituido por varios elementos. De acuerdo con Carrasco (2015), un elemento principal es la producción fónica, pero también otros marcados por la Asociación Española Verbotonal como el cuerpo como emisor y receptor del lenguaje, el ritmo y entonación como estructuradores del significado, la expresividad y afectividad inherentes al lenguaje, el tiempo y pausa como elementos activos de la cadena fónica y la unión que los liga a un contexto semántico definido.

B) Palabra Complementada. La palabra complementada es un sistema de comunicación basado en el uso de lectura labiofacial y una serie de complementos manuales. La lectura labiofacial complementa la palabra con los complementos manuales. Este sistema está compuesto por dos elementos; Visema, o palabra hablada, que es una representación visual de un fonema particular a través de la expresión facial (Henniser, 2005) y Kinema, que es un

complemento manual o representación visual de las diferentes posiciones manuales. El kinema interviene como un complemento manual de la palabra careciendo de valor lingüístico de forma aislada, debiendo siempre acompañar a los fonemas sin reemplazarlo. (Carrasco, 2015)

- C) Método Borel – Maisonnny.** El método Borel – Maisonnny fue creado por Suzanne Borel – Maisonnny en Francia. Es también llamado método fonético-gestual, en el que cada sonido presenta su gesto simbólico, asociándose éste también a la grafía.
- D) Método Rochester.** El método Rochester está basado en la utilización del alfabeto dactilológico y lenguaje oral al mismo tiempo. Cada término es deletreado con el alfabeto digital a la vez que se emite oralmente (Carrasco, 2015).

2. Métodos Gestuales

- A) Lengua De Signos.** La lengua de signos es un sistema de comunicación muy característico de las personas que sufren sordera profunda y se define como una lengua natural de expresión y configuración gesto-espacial y percepción visual, gracias a la cual las personas sordas pueden establecer un canal de comunicación con su entorno social, ya sea conformado por otros individuos sordos o por cualquier persona que conozca la lengua de señas empleada. Mientras que con el lenguaje oral la comunicación se establece en un canal vocal-auditivo, el lenguaje de señas lo hace por un canal gesto-viso-espacial. La lengua de signos es un sistema que incluye todos los componentes formales del lenguaje: signos, acompañados de expresión facial, la mirada intencional y movimiento corporal; y morfosintaxis propia. Dependiendo de la zona en la que se utilice o país, esta lengua varía, es decir, esta lengua ha evolucionado atendiendo a diversas variables geográficas, por lo que no existe una única lengua de signos (Carrasco, 2015).
- B) Dactilología.** La dactilología es un sistema de comunicación que transmite información mediante el deletreo manual, usado en ocasiones combinado con la lengua de signos. En este sistema la mano se configura de diferente manera

para cada una de las letras. Existe también una variante de este sistema para las personas sordociegas, ejecutando en la palma de la mano el deletreo (Carrasco, 2015).

3. *Métodos Mixtos*

A) *Bimodal.* Este sistema de comunicación consiste en la utilización simultánea de habla y signos, aunque el lenguaje oral es el que determina la estructura. Los signos se pueden utilizar visualizando cada una de las palabras de la oración o signando sólo las más importantes. Los signos suelen extraerse del léxico de la Lengua de Signos de la comunidad sorda. Este sistema no es un método fijo de comunicación, sino que puede adaptarse según las características de las personas (Carrasco, 2015).

B) *Comunicación Total.* Este sistema engloba diferentes fuentes de información posibles: habla, lectura labiofacial, gestos. El objetivo es aprovechar la audición residual para el desarrollo del lenguaje oral, utilizando sistemas aumentativos y/o alternativos como éste.

Dentro de la intervención, es muy frecuente la utilización de ayudas técnicas. Las ayudas técnicas son aquellos utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, destinados a suplir o complementar las limitaciones funcionales de las personas con discapacidades. Con respecto a los alumnos con discapacidad auditiva, estos precisan de las ayudas técnicas para la ampliación, sustitución o transformación de las señales auditivas en señales visuales o táctiles. De acuerdo a Carrasco (2015), dentro de las ayudas técnicas para alumnos con pérdida auditiva se pueden encontrar las siguientes:

A) *Prótesis acústicas o audífonos.* En la actualidad, teniendo en cuenta la evolución de la tecnología, son más frecuentes los audífonos digitales. Estos audífonos ayudan a reducir los niveles de ruido y distorsión, notándose la diferencia con respecto a los audífonos convencionales (Carrasco, 2015). De esta manera, se obtiene una mayor calidad en la recepción e inteligibilidad de los mensajes orales.

B) *Prótesis Eléctricas o Implantes Cocleares.* Son un tipo de ayuda técnica cuya

función es estimular eléctricamente las vías auditivas. Concretamente transforman las señales acústicas en señales eléctricas. El implante coclear está formado por diferentes elementos que se pueden diferenciar según el lugar de posición. En la parte externa, es decir, fuera del organismo, se encuentran el micrófono, el procesador de la palabra, la batería y la bobina transmisora. La parte interna está formada por la antena, el receptor-estimulador y los electrodos, los cuales se implantan mediante intervención quirúrgica. Antes de realizar la implantación es necesario un proceso complejo de diagnóstico y valoraciones diversas que determinen su idoneidad. Se pueden clasificar según tres criterios, de acuerdo con el lugar de posición de los electrodos, el número de canales y la forma de tratar la señal sonora (Carrasco, 2015). Realizando el implante es imprescindible una adecuada rehabilitación que entrene y ayude al sujeto al reconocimiento de los diversos sonidos.

C) Equipos de Reeducción. Dentro de este grupo de equipos que se utilizan en las sesiones de reeducación logopédica en sujetos con discapacidad auditiva, destacan entre los más importantes, el Sistema Universal Verbal Auditivo de Guberina que es un equipo de amplificación diseñado por Peter Guberina, que se aplica principalmente dentro del método Verbotonal. Consta de un sistema de filtros electrónicos, destacando las frecuencias altas, bajas y/o una determinada banda frecuencial. (Carrasco, 2015) Este equipo se utiliza tanto para el diagnóstico como para la rehabilitación, abarcando los diferentes aspectos que constituyen la expresión oral: ritmo, entonación, velocidad, articulación, entre otros. Los amplificadores de estímulos, son equipos de exploración y entrenamiento auditivo que utilizan diversos juegos de multipercepción, compuestos por un amplificador, generadores de tonos, señalización luminosa y, por último, los relés acústicos, que son equipos amplificadores destinados al entrenamiento auditivo. Mediante su utilización se establece una relación entre la emisión oral, su intensidad, y la velocidad de un juguete (Carrasco, 2015).

D) Estimulación vibrotáctil. Está basada en la recepción de información auditiva a través de las vibraciones, que son percibidas por el tacto. Para ello se utilizan dispositivos o aparatos de alta sensibilidad gracias a los cuales se interpretan frecuencias del habla humana. (Carrasco, 2015).

E) Sistemas visuales. Los sistemas visuales constituyen una serie de ayudas técnicas

muy importantes que nos permiten trabajar diversos aspectos de lenguaje. Dentro de estos sistemas también se incluye la utilización de las nuevas tecnologías, las cuales favorecen procesos de comunicación y lenguaje de forma visual, como la enseñanza del lenguaje oral a partir de visualizadores fonéticos, la ayuda a la lectura labiofacial y para el diseño de sistemas de comunicación y los programas para el desarrollo de estrategias lingüísticas que incluyen aspectos fonéticos y fonológicos del lenguaje, estructura gramatical y sintáctica del lenguaje, entre otros (Carrasco, 2015).

2.2.7 Consecuencias de la discapacidad auditiva para la atención

La base de la atención médica es la interacción comunicativa entre el profesional de salud y el paciente. En el caso de los pacientes con discapacidad auditiva, la comunicación presenta distorsiones por existir fallas en la codificación y consecuentemente en la retroalimentación del mensaje de retorno. Ya que los profesionales de la salud no conocen la Cultura Sorda, ni utilizan las estrategias adecuadas. El recurso efectivo para establecer la comunicación en este contexto es un intérprete de lengua de señas calificado. Y de no existir la figura de éste en la práctica médica, se violenta el derecho a la salud. Este trabajo evidencia la situación a la que se enfrentan los pacientes con discapacidad auditiva y los profesionales de la salud, así como las posibles herramientas para mejorar dicha situación (Ramirez, 2015).

La falta de la disponibilidad de personal sanitario especializado en la atención de Personas con discapacidad auditiva en atención primaria se debe a la ausencia de (o inadecuada) formación dentro de sus programas de estudios en temas de discapacidad. En general, el profesional sanitario no se siente capacitado para atender las necesidades de las Personas con discapacidad, reportan menor probabilidad de entregar atención a las Personas con discapacidad de origen auditiva y evidencian que son los más complejos de atender debido a las barreras de comunicación, siendo mayor al tratar con pacientes con discapacidad auditiva. Esta situación obstaculiza la entrega de los servicios sanitarios, poniendo en riesgo la recuperación de la salud de estos pacientes (Campos & Cartes, 2019).

Se debe comprender la realidad del día a día que están expuestos los pacientes con discapacidad auditiva, y de esa manera poder crear el vínculo médico-paciente, mejorar la confianza, la satisfacción usuaria, el uso de medidas preventivas asistencia a controles y con ello sus condiciones de salud (Campos & Cartes, 2019). La falta de información en salud y la insatisfacción usuaria de esta población sumado a la falta de capacitación y concientización del personal sanitario acarrearán varios problemas para las Personas con discapacidad sensorial. Lo anterior, implica un desconocimiento de su propio estado de salud, los tratamientos o cuidados a seguir, un menor uso de los servicios de salud en los distintos niveles de prevención y en sus distintas áreas, lo que generaría una mayor incidencia de comorbilidades y un mayor gasto en salud (Campos & Cartes, 2019).

Aunque existe un creciente interés por cerrar la brecha de calidad en atención en salud entre personas con y sin discapacidad, existe escasa información sobre la experiencia durante la atención en salud de las Personas con discapacidad auditiva, así como de sus necesidades de salud respectivas, reportando una insatisfacción usuaria. Por otro lado, es aún más escasa la información disponible sobre la percepción del profesional sanitario acerca de su capacidad para brindar sus servicios de manera adecuada a esta población (Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve , 2019).

Dado lo anterior, es nuestro deber como profesionales de la salud recordar que la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) ratificada por Chile y más de 100 países, reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, protegiendo su dignidad y reconocimiento como un individuo más (Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve , 2019). Los profesionales de la salud debemos reconocer que las personas con discapacidad auditiva o visual no siempre necesitan ser “reparados” o depender de otros para su autocuidado. Como refuerza la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, son ciudadanos con derechos humanos, incluyendo el derecho a la atención en salud, a la rehabilitación, el derecho a vivir en comunidad y

el derecho a tener voz respecto a su propio tratamiento. Por ello, debemos superar un modelo médico que reduce la discapacidad a un déficit individual y que puede legitimar el paternalismo médico. Esto nos llevará a un modelo social que enfrente y dé solución a las barreras y prejuicios que excluyen a las Personas con discapacidad (Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve , 2019).

El grado de la deficiencia y el momento de la adquisición son importantes, pues una persona con presbiacusia tuvo acceso durante su vida al lenguaje oral, a escribir, leer, acceso a la información. En cambio, una persona con sordera congénita, no ha tenido el mismo acceso debido a las barreras previamente reportadas (Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve , 2019).

El pleno acceso a servicios de salud de calidad por parte de personas en situación de discapacidad auditiva se encuentra íntimamente relacionado con la actitud de los prestadores de servicios de salud hacia ellos, la cual está particularmente influenciada por los conocimientos y los procesos cognitivos y simbólicos de dichos prestadores, que mediados por mecanismos afectivo-emocionales se expresan ante sus pacientes, en un contexto social-histórico-cultural concreto. De ahí que la representación social de ellos sobre la discapacidad auditiva condiciona su comportamiento hacia estos individuos y viceversa, en un proceso ininterrumpido (Llanes & Sedano, 2014).

Los prestadores de servicios de salud que participan en este proceso deben ser eficaces, oportunos y buenos comunicadores, para lo cual requieren un nivel de información integral sobre el tema, actitudes favorables para la aceptación de la diversidad y la superación de estigmas y creencias rígidas, estereotipadas (Llanes & Sedano, 2014). Se observa que en la práctica asistencial no suele lograrse una óptima relación interpersonal entre el profesional de la salud y la persona en situación de discapacidad auditiva, con dificultades en el establecimiento de la comunicación (Llanes & Sedano, 2014).

2.3 Atención Gerontológica

Antes de abordar la atención gerontológica, es necesario describir a qué se refieren estos dos términos de forma individual. En primer lugar, la atención, es considerada una función primordial en los procesos cognitivos del ser humano. Sin ella prácticamente sería imposible realizar cualquier tipo de actividad, por cual se puede decir que está implicada en todos los procesos perceptuales y cognitivos. Debido a ello, conceptualizar esta función ha sido un trabajo complejo. (Trápaga, Pelayo, Sánchez, Bello, Bautista, 2018).

La definición de atención ha implicado diversas dificultades a lo largo de la historia desde William James la definiera por primera vez en 1890 como “la toma de posesión de la mente, en forma clara y vivida, de uno de lo que parecen varios simultáneamente posibles objetos o trenes de pensamiento. Focalización, concentración de la conciencia son su esencia. Implica la retirada de algunas cosas con el fin de hacer frente eficazmente a las demás, y es una condición que tiene un verdadero opuesto en el estado mental de despiste, confusión y aturdimiento” (Trápaga, Pelayo, Sánchez, Bello, Bautista, 2018). Dicha definición, a pesar de ser la primera, podría adaptarse a cualquiera de las que dan modelos más contemporáneos. Sin embargo, debido a la complejidad que la función abarca, se han construido diversos modelos explicativos y teóricos acerca de la atención y sus componentes; de hecho, es posible observar una evolución de la investigación y los planteamientos sobre el asunto (Trápaga, Pelayo, Sánchez, Bello, Bautista, 2018).

Diversos autores han abordado tanto la definición de la atención como sus procesos de evaluación y rehabilitación; tal es el caso de Ostrosky para quienes la atención facilita, de diversas maneras, la ejecución de los procesos cognitivos y conductuales, y reduce la información que debe recibir un procesamiento adicional a nivel cerebral asunto (Trápaga, Pelayo, Sánchez, Bello, Bautista, 2018). La atención no tiene, pues, un significado estándar y universalmente aceptado; además, puede ser

difícil de definir porque, más que un objeto es un proceso que no se comprende por completo. A pesar de las dificultades para lograr un consenso, la mayoría de los psicológicos concuerda en que las personas tienen limitaciones en cuanto a la cantidad de información que pueden manejar, lo cual les impide realizar muchas tareas de forma simultánea. Esta limitación implica que, para funcionar bien, se debe filtrar o seleccionar la información. Este proceso selectivo que ocurre en respuesta a la limitada capacidad de procesamiento es conocido como atención (Trápaga, Pelayo, Sánchez, Bello, Bautista, 2018).

Las personas son bombardeadas por un número infinito de señales externas e internas, cuya entrada la atención ajusta con respecto a la capacidad disponible del individuo facilitando la selección de lo relevante y la asignación del procesamiento cognoscitivo apropiado para esos datos. Por lo tanto, la atención actúa como una compuerta para el flujo de información que llega del cerebro y ejecuta, en suma, “la selección de información para el procesamiento y la acción conscientes, así como el mantenimiento del estado de alerta requerido para el procesamiento atento” (Trápaga, Pelayo, Sánchez, Bello, Bautista, 2018). Para Tudela (1992), la atención es un mecanismo central, de capacidad limitada, cuya función primaria es controlar y orientar la actividad consciente del organismo en relación con un objetivo específico. No obstante, la atención no puede ser considerada un proceso unitario, ya que hay diversos dominios cognitivos vinculados a ella (Trápaga, Pelayo, Sánchez, Bello, Bautista, 2018).

Desde sus inicios, los estudios científicos se han caracterizado por un marcado énfasis en clarificar qué se entiende por atención, y para ello se han alejado de concepciones demasiado unitarias; así, las teorías actuales distinguen entre variedades atencionales. La atención es un mecanismo implicado directamente en la activación y funcionamiento de los procesos y operaciones de selección distribución y mantenimiento de la actividad psicológica (García, 1997) (Trápaga, Pelayo, Sánchez, Bello, Bautista, 2018). Aun así, cabe destacar que la atención proporcionada en un contexto de salud tiene sus propias características.

Por otro lado, etimológicamente, la palabra gerontología procede de los términos griegos *geron*, *gerontos/es* o los más viejos o los más notables del pueblo griego y *logos*, logia o tratado, grupo de conocedores; de esta manera, la Gerontología se define como “la ciencia que trata de la vejez” (Pérez, Hernández, & Rojas, 2014). Es así como, se considera a la Gerontología como la ciencia que estudia el envejecimiento desde el punto de vista biológico, ambiental, social y las ciencias del comportamiento, a partir de la cual se desarrollan de modo más amplio otras distintas disciplinas. Ejemplos de ellas son, la Gerontología Clínica, la Psicogerontología, la Gerontología Social, entre otras. Finalmente, se destaca que la Gerontología es una ciencia interdisciplinaria a diferencia de otras como la Geriátrica, que es una especialidad médica que atiende a las personas adultas mayores, pero cuyo énfasis es precisamente el clínico (Norori, 2016).

Es por ello, que la Atención Gerontológica Centrada en la Persona es un modelo de atención que asume, como punto de partida, que las personas mayores, como seres humanos que son, merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra, desde el reconocimiento de que todas las personas tenemos igual dignidad (Rodríguez, 2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona puede ser definida como un enfoque de la intervención, como una metodología de intervención y, desde una visión más amplia, como un modelo de atención (Rodríguez, 2011).

Por otro lado, la Atención Gerontológica Centrada en el individuo podría ser determinada como un enfoque de la participación, como una metodología de participación y, a partir de una perspectiva más vasta, como un modelo de atención. La Atención Gerontológica Centrada en el individuo:

- Es un enfoque de la atención donde el individuo, a partir de su autodeterminación en interacción a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones expertas.
- Como metodología, aporta un grupo de técnicas y artefactos que facilitan la participación personalizada y dirigida a el individuo.
- Como modelo, partiendo del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, busca la autodeterminación y la más grande libertad viable de los

individuos más grandes en situación de fragilidad o dependencia en su proceso de atención para de esta forma mejorar su calidad de vida y su paz personal (Rodríguez, 2011).

Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad (Rodríguez, 2011). En el ámbito de salud cada vez es más frecuente el término de la medicina centrada en el paciente, introducido por Balint, en contraposición a la medicina centrada en la enfermedad. La atención sanitaria centrada en la persona enfatiza elementos como: la exploración en conjunto de la enfermedad y de la experiencia de la enfermedad o dolencia; la comprensión de la persona en forma integral y en su contexto; la búsqueda del diálogo y entendimiento entre el profesional sanitario y el paciente; compartir el control y la responsabilidad del proceso de atención y la construcción de un vínculo y el desarrollo de una relación médico-paciente. Todo ello demanda en el profesional habilidades que permitan una comunicación efectiva. Este enfoque ha sido también trasladado a la atención a personas con necesidades especiales, discapacidad y dependencia, (Rodríguez, 2011).

De esta manera, nace la gerontología con un profundo compromiso humanista y social; atendiendo de manera directa e indirecta el envejecimiento, la vejez y a la persona mayor en un contexto de prevención y planes de intervención dentro de las esferas biopsicosociales y el plano espiritual, considerando la opinión y el deseo de las personas mayores, e involucrando a los gobiernos, las instituciones, la academia, la sociedad civil, la familia y las personas cuidadoras. (Instituto Nacional de las Personas Mayores, 2019).

El gerontólogo, está formado y capacitado para realizar valoraciones gerontológicas integrales así como realizar intervenciones acordes a cada perfil de la persona mayor, fomentar el autocuidado, la independencia, la autonomía y favorecer una cultura de envejecimiento y de prevención con la finalidad de alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida en la población adulta mayor; es competente en la

implementación de estrategias de cambio en políticas públicas, programas, modelos de atención y seguridad social que redunden en el bienestar y la mejora en la calidad de vida de este grupo etario, la familia y la población; asimismo cuenta con los conocimientos y las habilidades para el manejo de Instituciones y Centros de Atención Gerontológica, así como la investigación, docencia y gerontagogía (Instituto Nacional de las Personas Mayores, 2019).

Dentro del ámbito de la atención gerontológica, se encuentran también otros dos procesos igual de importantes, como son la evaluación y la intervención gerontológica. La evaluación se refiere al “Acto de valorar una realidad, formando parte de un proceso cuyos momentos previos son los de fijación de las características de la realidad a valorar, y de recogida de información sobre las mismas, y cuyas etapas posteriores son la información y la toma de decisiones en función del juicio de valor emitido” (Pérez Juste, 1986 mencionado en Cerdán, 2011). Carlos Rosales la define como “una reflexión crítica sobre todos los momentos y factores que intervienen en el proceso didáctico a fin de determinar cuáles pueden ser, están siendo o han sido, los resultados del mismo (Cerdán , 2011). García Ramos menciona que la evaluación es una “actividad o proceso de identificación, recogida y tratamiento de datos sobre elementos y hechos educativos con el objetivo de valorarlos primero y, sobre dicha valoración, tomar decisiones (Cerdán , 2011).

Relacionada con la evaluación, se incluye también la intervención. Intervenir siempre supone una acción sobre un objeto. El verbo intervenir alude a tomar parte, mediar, operar cambios, actuar sobre algo, obrar, influir, interferir sobre el curso normal de los acontecimientos. La palabra intervención proviene del término latino *interuenio*, que puede traducirse como "venir entre" o "interponerse". De ahí que, "intervención" sea sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación y, por otra parte, de intromisión, injerencia, intrusión, coerción o represión.

En el caso de la intervención social, el objeto será sobre una realidad delimitada y definida socialmente (Gimeno, 2016). La intervención social consiste en operar cambios en una situación social que afecta a una persona o grupo, es decir, sobre un

asunto o problema social que es preciso resolver. Intervenir siempre supone una acción sobre un objeto, lo que implica, al menos, a un actor o interventor. Procura ayudar al ajuste entre la autonomía personal y la integración relacional (Gimeno, 2016). En el campo de la medicina, un tratamiento, un procedimiento u otra acción que sirven para prevenir o tratar una enfermedad, o para mejorar la salud de otras formas (Instituto Nacional del Cáncer , s.f.).

En definitiva, en todo proceso de intervención en lo social podemos, en la mayoría de los casos, encontrarnos con ambas caras de una "misma moneda" (Carballeda, s/f). En definitiva, la intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en ese "otro" sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una "marca" en la institución, donde desencadena una serie de dispositivos e instrumentos (Carballeda, s/f).

El Manual de atención gerontológica centrada en la persona integra y desarrolla cuatro elementos:

- a) Los principios rectores, los cuales orientan de forma genérica los objetivos de las intervenciones y los criterios técnicos.
- b) Los asuntos importantes y consideraciones en que se concretan los principios rectores en relación con los agentes y contextos de intervención cotidiana.
- c) Las opciones metodológicas, estrategias, técnicas e instrumentos de intervención acordes a los principios y consideraciones.
- d) Las pautas y contenidos para la buena praxis, incluyendo la identificación de los riesgos en el día a día (Torres, 2014).

Bajo este panorama y de mantenerse los patrones actuales de utilización de servicios, pronto enfrentaremos una insuficiencia de infraestructura y capacidad asistencial. Por lo que los servicios de salud deberán prepararse para dar respuesta a las crecientes necesidades sociales y asistenciales de este grupo etario. Para esto se deberá cambiar el paradigma bajo el que se rige actualmente la atención de las personas

adultas mayores, analizando estrategias de atención centradas en la persona y no en el servicio. Una opción es el diseño e implementación de un modelo de atención gerontológica centrado en la persona, el cual se basa en la autonomía personal y en la participación activa de la persona adulta mayor en el cuidado y mantenimiento de su salud (Torres, 2014).

Atención Gerontológica Integral. La Atención Gerontológica Integral es el proceso de evaluación biopsicosocial de la persona mayor y su entorno en donde el equipo interdisciplinario implementa intervenciones de prevención, orientación, vigilancia de la salud física y mental, acompañamiento y fortalecimiento de habilidades para la vida, todo en coparticipación con la familia y la comunidad, con el objetivo de incrementar su independencia, autonomía, bienestar y mejorar su calidad de vida (Méndez, 2020). Implementa acciones de referencia y contrarreferencia en los diferentes esquemas de la atención a personas mayores en acceso a las diversas RAS disponibles. (Méndez, 2020).

Atención Gerontológica Ambulatoria. Son acciones y actividades que parten de un tamizaje de primer contacto, las cuales tienen el objetivo de favorecer el bienestar biopsicosocial, incrementar la accesibilidad a redes de apoyo social y facilitar el empoderamiento de las personas mayores, están encaminadas al primer nivel de atención, son de carácter recreativo, ocupacional y de promoción de la salud (Méndez, 2020).

2.3.1 Niveles de atención gerontológica

Se define a los niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven (Sosa, Cecilia Álvarez, Vacarezza, & Julio, 2011)

- a) *El primer nivel.* Es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que

pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (Sosa, Cecilia Álvarez , Vacarezza, & Julio, 2011)

- b) *En el segundo nivel de atención.* se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. (Sosa, Cecilia Álvarez , Vacarezza, & Julio, 2011)
- c) *El tercer nivel de atención.* se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros. (Sosa, Cecilia Álvarez , Vacarezza, & Julio, 2011)

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento se planteó con el objetivo de procurar la atención de la salud y el apoyo a la protección social de las personas de edad. Por ello el 12 de abril de 2010 se publicó en el diario oficial la Ley de los derechos de las Personas Mayores del Estado de Hidalgo. Estableciendo en el artículo 7, párrafo III un acceso general a los servicios de salud, párrafo V atención acorde a cada características, circunstancia y condición de las personas mayores, y párrafo XV vivir con dignidad (Congreso de la Nación, 2022). Además, en Artículo 21 establece que, a la Secretaría de Salud de Hidalgo, le corresponde que VIII las instituciones públicas, privadas y sociales cuenten con personal que posee la

preparación, capacidad y conocimientos para atender a la población de las personas mayores, XIII desarrollando múltiples propuestas para la atención oportuna de pérdidas funcionales, físicas, psicológicas, cognitivas y sociales (Congreso de la Nación, 2022).

De esta manera, se establece como necesaria la atención y conocimientos de profesionales con perfil en gerontología de acuerdo al artículo 15 párrafo XVI con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulto mayor, siendo el caso específico de la discapacidad auditiva (Congreso de la Nación, 2022).

2.3.2 El papel de la comunicación en la atención gerontológica para personas con discapacidad auditiva

La comunicación es la base para el desarrollo físico, psicológico, social y cultural de todo ser humano; nace como una acción vital al socializar y formar grupos que comparten ideas y características socioculturales con la cual se identifican (Martínez & Miranda, 2012). Por su parte, la lengua es un conjunto de códigos o señas relacionados entre sí que sirven para conformar los mensajes lingüísticos; pudiéndose expresar de manera verbal y no verbal, como pueden ser movimientos, sonidos, imágenes o bien objetos que son usados para transmitir ideas. Esto en su conjunto forma un lenguaje en específico que reproduce patrones de pensamiento y experiencias complejas en un tiempo y espacio determinado (Martínez & Miranda, 2012).

Según la OMS, cerca del 5% de la población mundial posee pérdida de audición discapacitante. Estos 360 millones de personas pueden llegar a comunicarse con los demás a partir de *home sign* o señas caseras, gestos y lengua de señas (Meléndez, 2022). Mientras las lenguas de señas se caracterizan por su sistematicidad y convencionalización para ser usados por un número considerado de personas, las señas caseras son un sistema de comunicación básico creado en una familia con uno o pocos miembros sordos, que posee diferencias estructurales importantes con respecto a los otros dos (Meir et al., 2010; Meléndez, 2022).

En general, la diferencia entre los tres sistemas de comunicación de la población sorda radica en el número de personas para quienes resulta ser primario, y es esta diferencia la que permite o no avances, en términos de disposiciones legales que garanticen la vitalidad de estas formas de comunicación, pues lenguas de población minoritaria como personas con discapacidad auditiva, inmigrantes e indígenas, han sido escasamente tenidas en cuenta en derechos humanos lingüísticos en la mayoría de países (Grinevald, 1998; Ahmad, 2008) (Meléndez, 2022). Las personas con deficiencias auditivas o sordas desarrollan sus propias características que a su vez modulan sus valores, creencias, formas de recreación, aprendizaje y movilización; así constituyen grupos con formas de vida cultural propia (Martínez & Miranda, 2012).

Ahora bien, la comunicación, es el proceso por el cual dos o más personas, con capacidad de entenderse, intercambian información. Implica, por tanto, una relación interpersonal, que intenta transmitir un mensaje, con la finalidad de que sea comprendido, asumido y contestado. Desde esta perspectiva, la misión de la comunicación, no es otra, sino unir, vincular, compartir y dar la información que se quiere compartir (Guzmán & Parra, 2003). Por otro lado, la Real Academia Española, 2019 define la comunicación como la “acción y efecto de comunicarse”, proceso dinámico, en el que necesariamente participan una fuente o emisor que envía un mensaje a través de un canal o medio a un potencial receptor que, a su vez, puede convertirse también en emisor.

La comunicación involucra elementos múltiples y factores que hacen imposible predecir una respuesta infalible, que haga que las personas participen en la consecución de los objetivos políticos, sociales y económicos de una nación (Santos Garcia, 2012). La comunicación es tal vez una de las funciones psicológicas más evidente del ser humano, para que sea eficaz requiere que demuestren interés, comprensión, preocupación y además depende de las siguientes formas de mensaje tal como lo señala (Guzmán & Parra, 2003); este comunica ideas, intenciones, deseos, afectos, actitudes, instrucciones, incluso antes de desarrollar un instrumento

privilegiado de la comunicación humana: el lenguaje. Por esta razón es importante el poder tener una comunicación adecuada, ya que con ella podemos dar a informar y conocer información por medio de ella, la comunicación juega un rol importante, ya que puede darse ya sea de manera asertiva o negativa, en la asertiva es cuando las personas son capaces de dar información clara y precisa, y la negativa es cuando existe una distorsión del mensaje por parte del emisor al receptor (Guzmán & Parra, 2003).

La comunicación es un proceso dinámico por el cual podemos compartir información y para que pueda ocurrir este proceso deben de existir distintos emisores y receptores. Algunos autores definen etimológicamente que proviene del latín *communicare* que se traduce como: “Poner en común, compartir algo” (Fundación de la Universidad Autónoma de Madrid, s/f) mientras que otros definen este proceso como la “Acción y efecto de comunicar o comunicarse, o transmisión de señales mediante un código común al emisor y receptor” (Real Academia Española, 2021).

La comunicación es un elemento básico generador de la sociabilidad, es a través de ella que el hombre se nutre y preserva su carácter como ser eminente de convivencia, además de promover la solidaridad social y el espíritu cooperativo entre los grupos. La escritura es uno de los medios de comunicación más antiguo de la humanidad. Es un método de intercomunicación humana que se realiza por medio de signos visuales que constituyen un sistema. Es un proceso mecánico, una destreza psicomotriz mediante la cual se aprende a escribir palabras y oraciones que permiten la materialización inteligible del mensaje (Fundación de la Universidad Autónoma de Madrid, s/f).

En la comunicación de calidad no hay diferencias entre lo que el emisor quiere decir y lo que el receptor entiende. En la comunicación en general, y en el mundo profesional en particular, lo importante se considera lo que entiende el receptor, y no lo que el emisor quiere decir. Cuando un receptor no comprende un mensaje, o lo malinterpreta, posiblemente la causa está en la falta de claridad por parte del emisor. Para hacer más eficaz la comunicación, el emisor debe orientar el mensaje al receptor y a la respuesta que queremos obtener de él (Fundación de la Universidad Autónoma de

Madrid, s/f). En la figura 3, se observa el doble papel que juega el emisor como receptor y viceversa, así como el mensaje que transita a través del canal.

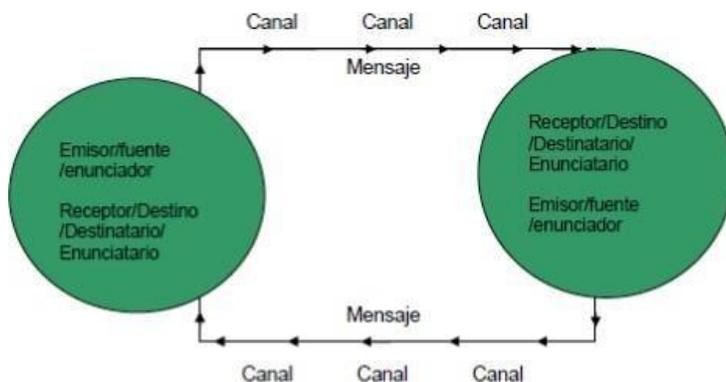


Fig. 3. Modelo del canal comunicativo (Santos, 2012).

2.3.2.1 Elementos de la comunicación

Emisor. Al emisor se le define como el elemento o la instancia en que se crea en mensaje. Algunos investigadores se refieren a la persona o grupo de personas emisoras como “fuente”. El proceso que sigue el emisor para comunicar su idea es el siguiente: la codifica en un sistema de símbolos mismo que deberá ser compartido y claro por quien lo recibe. De ahí que al individuo u organización que desarrolla el mensaje también se le denomine “codificador” (Santos, 2012).

Mensaje. Es una cadena finita de señales producidas, mediante reglas precisas de combinación, a partir de un código dado”. El proceso de su transmisión involucra un canal, que es empleado por un emisor que codifica las señales para que éstas lleguen a un receptor quien, a su vez, descodifica la estructura recibida. Para que el mensaje sea efectivo y cumpla con el objetivo de quien lo emite, debe “ser transmitido con un mínimo de errores” (Santos, 2012). Además, se tiene que tomar en cuenta que existen dos tipos de comunicación, la verbal que se basa en la palabra y puede ser de dos tipos (Oral y escrita), y la no verbal la cual se transmite principalmente a través de la expresión corporal (Fundación de la Universidad Autónoma de Madrid, s/f).

Receptor. A quien recibe el mensaje, y que también puede fungir como emisor, se le conoce como “receptor”, “destino”, “destinatario” o “enunciario”. Se trata de un individuo que conoce los signos que son estructurados con la finalidad de comunicarle un mensaje. Su papel nunca es pasivo, sino, más bien, creativo en todas las formas: cuando el receptor descodifica también no reproduce la idea inicial del emisor, sino que reelabora el mensaje y añade a este parte de su experiencia, sus opiniones, su cultura, su situación (Santos, 2012), a través de los siguientes pasos:

- *Recepción:* La transmisión permite a otra persona recibir el mensaje. La iniciativa pasa a los receptores, que se preparan para recibir el mensaje.
- *Decodificación:* Es la traducción de mensajes a una versión comprensible para el receptor.
- *Aceptación:* La aceptación depende de unas decisiones personales y admite grados, de manera que el receptor tiene mucho control sobre la aceptación de todo el mensaje o sólo de algunas partes de él.
- *Uso:* El receptor hace uso de la información puede desecharla, efectuar la tarea siguiendo las instrucciones, guardarla para el futuro u optar por otra alternativa.
- *Retroalimentación:* Cuando el receptor reconoce el mensaje y responde al emisor, la retroalimentación ha tenido lugar. La retroalimentación es la respuesta del receptor al mensaje del emisor.

Canal. El término se refiere al “medio por el cual los mensajes se transmiten a otra persona”. Al hablar de comunicación masiva, entendemos que los canales pueden llegar a un número grande, a veces indeterminado de personas cuyas interpretaciones dependerán de la cultura, el medio socioeconómico, la experiencia y múltiples factores que no son estáticos, sino que conforman el contexto (Santos, 2012).

No obstante, para establecer comunicación con la población de personas mayores de acuerdo con la Ley General para la inclusión de personas con discapacidades, se debe considerar las siguientes formas de lenguaje: escrito, oral y la lengua de señas mexicana, la visualización de textos, la comunicación táctil, los macro tipos, los dispositivos multimedia escritos de fácil acceso, el lenguaje sencillo, medios, sistemas y formatos aumentativos o alternativos de comunicación incluida la tecnología de la

información y comunicaciones de fácil acceso (Martínez & Miranda, 2012). Comúnmente las personas con deficiencias auditivas al establecer comunicación con personas oyentes hacen uso de otras estrategias de comunicación no verbales, lo que puede representar un problema; ya que se enfrentan a una sociedad que desconoce el lenguaje de señas como un idioma primario mundialmente reconocido (Martínez & Miranda, 2012).

Las personas que cuentan con limitaciones para la comunicación (sordos, mudos, débiles visuales o auditivos, ciegos) llevan siempre implícito un riesgo adicional al no poder identificarse, no tener un acceso total a la sociedad que los rodea y a los diferentes servicios que por ley les corresponde; como la educación y salud, de la misma manera al depender de terceras personas para poder incluirse en algún rol social (Martínez & Miranda, 2012). De igual forma, se ha observado que el personal al no poderse comunicar con personas con sordera que ingresan a un servicio de salud, los “ignora”, ya que la comunicación, o mejor dicho los intentos de ello, pueden ser estresantes para ambas partes con el consecuente costo para el cuidado (Martínez & Miranda, 2012). En estos casos, la comunicación ocurre solo cuando se cuenta con la presencia de un familiar de la persona que funge como “traductor”; con el riesgo de la omisión de información del paciente a los familiares y por consecuencia al profesional de la salud y del cuidado. Es importante considerar que durante el proceso de traducción siempre está implícito un “error” en la interpretación o sentido de lo dicho, sin embargo, siempre será mejor que “cuidar en el silencio” (Martínez & Miranda, 2012).

Es pertinente exponer algunas de las estrategias exitosas que el profesional del cuidado podría considerar para optimizar sus intervenciones en personas con limitaciones o deficiencias auditivas y hacer valer el derecho de estas a una atención sanitaria personal, eficaz, y específica que responda a sus necesidades (Martínez & Miranda, 2012). Dado que la falta de capacitación del personal para afrontar situaciones diferentes de comunicación se constituye en una barrera para la planeación y ejecución de los cuidados. Esto puede prolongar la estancia, los costos hospitalarios y de la misma forma resultar en un desgaste emocional para la persona con deficiencia auditiva, sus familiares y del propio personal de salud al no saber cómo comunicarse y

cómo darse a entender (Martínez & Miranda, 2012).

2.3.2.2 Barreras de la comunicación

Las barreras de la comunicación son obstáculos en el proceso, que pueden anular la comunicación, filtrar o excluir una parte de ella o darle un significado incorrecto lo cual afecta la claridad del mensaje. Al respecto, existen algunas problemáticas que pueden hacerse presentes en la comunicación con personas que presentan discapacidad auditiva, como son:

- 33% de las personas sordas, luego de consultar a un médico familiar, se mostraron inseguros acerca de las instrucciones dadas o tomaron dosis erróneas.
- Se ha reportado que las personas sordas o con pérdida auditiva acuden a consultas médicas generales y a especialistas en comparación con la población general, doble ocasión
- Algunos estudios muestran que la baja adherencia a las prácticas de prevención de enfermedades en la población con deterioro auditivo se debe a desconocimiento de las mismas por problemas comunicativos entre el personal de salud y los pacientes sordos.
- Esta población sorda tiene un 31% más posibilidades de presentar enfermedad cardíaca, un 69% más de alguna condición crónica y un 59% de experimentar depresión, con presencia de diagnóstico tardío. En cuanto a la presencia de diabetes, el 55% de los pacientes que la padecían no recibían un apropiado tratamiento.
- De acuerdo a todo lo anterior, es esperable que las personas sordas muestren condiciones de salud deficitarias, sobre todo considerando que existen limitaciones de comunicación con el personal de su sistema de salud (Instituto de la Sordera , 2018).

Es por ello, que se establecen algunas sugerencias para la comunicación adecuada con personas con discapacidad auditiva, tales como:

- Al comunicarte con personas sordas, dirígete directamente hacia ella y no a su intérprete o acompañante. De esta manera, permitimos que ellas expresen sus propias necesidades.
- Infórmate si la persona con DA maneja el lenguaje escrito y utiliza frases cortas para comunicarte con ella.
- No grites al hablar. Si la persona tiene una ayuda auditiva, esta dará la ganancia necesaria. En caso de no tener este apoyo, gritar no servirá como apoyo.
- Es muy positivo promover el aprendizaje de la Lengua de Señas Mexicana (LSM), para que los funcionarios de salud puedan ser inclusivos con sus usuarios. (Instituto de la Sordera , 2018).

El trato adecuado a las personas con discapacidad, según Jiménez & Martín (2015), también tiene su influencia en la mejora de la accesibilidad del colectivo en cualquier entorno, por lo que es conveniente tener en cuenta unas pautas:

- Asegurarse la atención de la persona con discapacidad auditiva antes de comenzar a hablarle. Mirar a los ojos.
- Utilizar un lenguaje sencillo, directo y adecuado, vocalizando correctamente, sin exagerar.
- No gritar. Se puede conseguir el efecto contrario, ya que al gritar nuestro rostro se crispa, y la persona puede entender mal lo que queremos transmitir. También se dificulta la lectura labial.
- Mantener la calma, hablar con un ritmo medio e intentar seleccionar la estrategia más adecuada para poder comunicarnos.
- Tener la boca limpia, sin objetos, ni comida.
- No hacer movimientos que impidan la lectura labial, como girar la cabeza, dar la espalda, etc.
- Apoyarnos en gestos sencillos, en demostraciones visuales y en la escritura.
- Comunicarnos en una zona iluminada para que nos pueda ver bien.
- Si utiliza un intérprete de lengua de signos, nos debemos dirigir a la persona

con discapacidad, no al intérprete.

- Para llamar la atención, se puede dar un par de leves golpes en su hombro o brazo. En caso de estar en una habitación se puede apagar y encender la luz. Otra opción es golpear suavemente en una mesa o en el suelo, para que perciban las vibraciones. Lo ideal es acercarse hasta la persona.
- En caso de que no se haya entendido lo que ha dicho es necesario que se repita, utilizando sinónimos o reestructurando la frase. Debemos asegurarnos que ha entendido lo que le queremos transmitir.
- En reuniones en grupo, respetar los turnos de palabra para que no hablen todos a la vez. En caso de que alguna persona hable a espaldas de la persona con discapacidad auditiva, es conveniente que se le repita lo que ha dicho.
- Es necesario dar información complementaria sobre cualquier estímulo, de forma que comprendan las reacciones de su entorno.
- Tener en cuenta que en muchas ocasiones no comprenden frases con doble sentido, así como chistes o estados de ánimo (alegría, enfado, cansancio, etc.). (Jiménez & Martín, 2015).

Es importante tomar medidas de comunicación con las personas que tienen discapacidad auditiva, una de ellas sería tomarnos un tiempo determinado con cada persona para poder darles a entender de manera adecuada la información asegurándonos que, si se comprende la información, desarrollando las habilidades de cada persona, ya que cada persona, no tiene el mismo nivel de sordera, algunas de ellas pueden comunicarse en lengua oral, otras en lengua de señas, pero no obstante son muy visuales.

2.3.2.3 Acceso a atención sanitaria

Las Personas con discapacidad auditiva no tienen acceso a la información sobre temas en salud transmitidos por radio o televisión. Específicamente, las Personas con discapacidad auditiva advierten la barrera de acceso frente a la solicitud de citas médicas vía teléfono (generalmente la única vía disponible), barreras en la

comunicación con el personal de oficina, desconocimiento de la Lengua de Señas, percepciones de discriminación, desconfianza, maltrato, frustración y miedo frente al personal de salud. Además, advierten que para la entrega de información deben depender de la lectura labiofacial y notas escritas, de las cuales ninguna permite una comunicación adecuada entre el profesional de salud y el paciente Sordo (Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve , 2019).

Para subsanar esta situación, se utiliza a un familiar como interprete, lo que no es una solución pertinente y coarta la autonomía del paciente. También advierten la utilización de párrafos extensos y la utilización de un lenguaje muy técnico por parte de los profesionales de la salud. Las Personas con discapacidad auditiva que utilizan lenguaje oral solicitan una mayor concientización acerca la sordera por parte de los profesionales de la salud (Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve , 2019). El 48% de las Personas con discapacidad auditiva reporta un bajo alfabetismo en salud, y son 6,9 veces más propensos que sus contrapartes oyentes a tener un alfabetismo en salud inadecuado (Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve , 2019).

2.3.2.4 La lengua de señas

La población con discapacidad auditiva (DA) se comunican a través de la Lengua de Señas Mexicana (LSM). Porque el lenguaje es “una de las características del ser humano, es la posibilidad que tiene de comunicar pensamientos, deseos, gustos, etc.” (Océano, 2005 como se citó en Puerto, 2020) Toda forma de comunicación depende de la utilización de elementos que comuniquen un significado, es decir, de un conjunto de signos conocidos por un grupo de personas. Por eso, como indica (Becerril, W., 2009 como se citó en Puerto,2020) que brinda la posibilidad de que todas las personas puedan comunicarse en todos los espacios de su vida. Cualquier comunidad de seres vivos adopta una forma de comunicación entre sus miembros, en el caso de los seres humanos el lenguaje es cualquier sistema que sirva al hombre para ejercitar la facultad de

comunicación (Puerto, 2020).

La Lengua de Señas (LS) es el idioma natural de las personas con Discapacidad Auditiva, que, por falta de percepción auditiva, les cuesta trabajo expresar lo que sienten y piensan de manera oral, enfrentando la dificultad de comunicarse con las personas que les rodean, y en menor frecuencia porque no pueden escribir como consecuencia del desconocimiento del lenguaje formal escrito, de la mayoría de las personas. En la mayor frecuencia de veces, la mayoría de las personas sin esta condición auditiva dudan si la Lengua de Señas representa una barrera u obstáculo para la inclusión social de las personas con DA (Puerto, 2020). La finalidad de la inclusión es coadyuvar en el proceso de formación integral de las personas con discapacidad en forma dinámica y participativa, aceptando sus limitaciones y valorando sus capacidades (Puerto, 2020).

El lenguaje de señas se define como un sistema lingüístico o una variante del mismo que implica el uso de gestos, ademanes, señales, movimientos del cuerpo, manos y rostro para declarar, explicar o dar a entender lo que uno piensa o quiere. Tiene características singulares ya que cada país o grupo étnico tiene sus propias señas o modismos; es decir su propia lengua distintiva que proviene de las características socio culturales de cada región usada para la transmisión de costumbres de generación en generación, modificada de acuerdo con el tiempo, forma parte de un sistema aumentado y reorganizado con el fin de adaptarlo a sus necesidades, su realidad cultural y tecnológica. Es un lenguaje flexible con la habilidad de indicar múltiples personas, números, tiempos, afirmaciones y preguntas, tal como es posible en el lenguaje verbal (Martínez & Miranda, 2012). La lengua de señas es esencial para una verdadera socialización de los sordos desde temprana edad. Para nosotros, que adquirimos el lenguaje de una manera natural, nos es difícil imaginarnos sin el mismo (Tovar, 2001) Es un hecho que los profesionales de la salud y del cuidado deben conocer y considerar las características socioculturales que definen a estos grupos sociales como una parte importante para hacerlos sentir como personas y no como un enfermo o patología y cultivar en ellos sentimientos de pertenencia (Martínez & Miranda, 2012).

De manera más puntual, la ONU (2006) estableció la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante Convención), en la que instó a “reconocer y promover la utilización de lenguas de señas”, así como a:

- a) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas.
- b) Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordociegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social (Meléndez, 2022).

La lengua de señas puede no ser una lengua materna para la mayoría de las personas sordas que se pueden valer de señas caseras en sus contextos familiares, entonces, el aprendizaje de la lengua de señas como una segunda lengua puede ser una necesidad predominante en este grupo poblacional. En ese orden, dependiendo de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales de la persona sorda, puede llegar a aprender la lengua de señas o la lengua nativa (español) como segunda lengua en un momento tardío de su vida (Meléndez, 2022). En línea con la preservación de la lengua señas, como lengua de una población minoritaria con diversidad funcional, se encuentran las estrategias de uso y difusión de la lengua de señas como elemento de inclusión y accesibilidad de las personas sordas. Esto se logra a través de lo que la Convención (2006) llama accesibilidad a la información y las comunicaciones.

Entonces, la accesibilidad se trata de identificar y eliminar los obstáculos y barreras de acceso, entre otros, a los servicios de información y comunicaciones, “a fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida” (Meléndez, 2022)

En este punto cabe resaltar que la persona sorda, término que representa una reivindicación política que hace alusión a los derechos lingüísticos, es etiquetada con el término “discapacidad” (como persona con discapacidad auditiva) en los procesos de accesibilidad para referirse a las barreras comunicativas desde dicho paradigma,

minorizando así la perspectiva antropológica e identitaria de las personas sordas (Esteban & Ramallo, 2019 como se citó en Meléndez, 2022), por lo tanto, en adelante se usarán ambos términos: personas sordas/personas con discapacidad auditiva .

Se encontró que las guías y manuales de comunicación inclusiva son herramientas de fortalecimiento de los procesos de producción de contenidos sobre las personas con discapacidad, y que también pueden orientar estrategias de comunicación que intervienen en dinámicas de relacionamiento de este grupo minoritario. En este sentido, las guías y manuales sobre comunicación y discapacidad desarrolladas por entidades públicas, privadas, expertos y organizaciones no gubernamentales permiten trascender de la teoría en espacios académicos a la práctica (Francisco, 2003 como se citó en Meléndez, 2022), convirtiéndose en dispositivos para revertir el impacto de la discriminación y la exclusión anquilosadas en la realidad de las personas con discapacidad auditiva al tiempo que, entre otras, visibilizan la lengua de señas. (Meléndez, 2022).

Tanto medios de comunicación como periodistas, comunicadores, estudiantes de estas áreas y demás personas que intervienen en procesos de comunicación y discapacidad tienen un papel fundamental como agentes de cambio, no solo en la formación de la imagen social de las personas con discapacidad, sino también en la eliminación de barreras de participación y de acceso a la información, incluyendo el uso y preservación de la lengua de señas como forma de comunicación de una población minoritaria con discapacidad auditiva (Meléndez, 2022)

Algunas guías o manuales le otorgaron espacio a información sobre la realidad social de las personas con discapacidad de manera muy ilustrativa, por ejemplo, la guía del Ministerio de Cultura de Perú (2014) hace énfasis en el enfoque interseccional para comprender la realidad social de la población con discapacidad así; resulta fundamental la utilización de un enfoque interseccional para el análisis y real comprensión de los niveles de discriminación, (Meléndez, 2022).

Por ejemplo, el texto de Francisco (2003) expone que (a) la comunicación de señas de y entre personas sordas constituye una lengua y no un lenguaje; (b) la comunicación mediante gestos, que incluye o no a personas sordas constituye un lenguaje gestual; (c) otra aplicación del concepto lenguaje se refiere a las posturas y actitudes humanas que comunican de forma no verbal, es decir, el lenguaje corporal.

De manera poco detallada la guía de Álvarez (2013) advierte: “Las personas con discapacidad auditiva utilizan medios de apoyo a la lengua oral o bien la lengua de signos, por lo que no siempre hay que deducir que todas se comunican en lengua de signos” (p. 20). En contraste, la completa publicación de Francisco (2003) también pone en contexto la definición de persona sorda, aclarando que no presentan, necesariamente, un problema de voz. Explica que no hablan porque no escuchan, teniendo así mucha dificultad de expresarse.

Por su parte, Mides presenta la Ley 17.378 de 2001 en la que se reconoce la Lengua de Señas Uruguaya (Lsu) como lengua oficial de ese país. Agrega que todos los individuos tenemos la facultad del lenguaje y el derecho a adquirir una lengua. En la singularidad de las personas sordas su lengua natural es la lengua de señas. Esta lengua tiene su especificidad tal como las demás lenguas desarrolladas por diferentes sociedades y culturas, por lo cual es necesario el aprendizaje para la adquisición y el desarrollo de las destrezas necesarias que permitan hablar la lengua con fluidez.

Con respecto a los asuntos estructurales de la lengua de señas Rascón (2020) explica: “Hay que considerar que la Lengua de Señas tiene una estructura gramatical propia, distinta a la del español, y no es una codificación del español como a veces se cree” y elimina el prejuicio de que solo existe una lengua de señas común a todas las personas sordas del mundo: “En cada país existe una Lengua de Señas propia, que además varía incluso a nivel regional”. En su caso, Ramírez (2015) aclara brevemente que “la Lsv tiene una gramática y un vocabulario propios, que la diferencian de las lenguas de señas de otros países”.

Mides (2018) explica también que la interpretación en lengua de señas Uruguay “no es ni puede ser textual, sino que es una representación conceptual del contenido del mensaje, del diálogo que se está estableciendo” y aclara:

Existe la creencia errónea de que las personas en situación de discapacidad auditiva pueden escribir y leer con facilidad. Esto no es así para todos los casos. El español escrito para las personas sordas es su segunda lengua. No tiene que ver con su capacidad de aprendizaje, sino con el manejo de una segunda lengua. La lsu es la primera lengua de una persona sorda y así lo reconoce la legislación de nuestro país (Meléndez, 2022).

Desde otra perspectiva, en la extensa obra de Revilla y Carreras (2018) se abordan problemas comunes de accesibilidad que crean situaciones discapacitantes en relación con las personas sordas y con discapacidad auditiva así: “Los problemas que experimenta una persona sorda para entender un vídeo en Internet son los mismos problemas que experimenta un oyente con el mismo vídeo en un entorno ruidoso”.

Para cerrar este apartado, es necesario señalar que en las guías y manuales analizados no se pone en contexto la posibilidad de que las ps/pcda puedan utilizar una ls casera y que también generan en cada lugar en el que estas personas puedan establecerse como comunidad, por ejemplo, en un sitio de trabajo (Hernández, y otros, 2016).

Tampoco presentan información sobre asuntos que competen a las personas sordociegas (psc) en relación con la lengua de señas táctil (lst) o lengua de señas adaptada al tacto y el sistema Tadoma (Condis, 2010 como se citó en Meléndez, 2022), más allá de la definición de los términos dactilografía y dactilología (Fernández, 2006; Saldarriaga, 2014 como se citó en Meléndez 2022). Fernández (2006) describe someramente que en la lst se colocan las manos de la psc sobre las de quien le habla para poder percibir el mensaje, y añade: “Las manos de la persona sordociega se colocan en el ángulo formado entre el pulgar y el índice de su interlocutor para seguir el mensaje”.

Por su parte, Condis (2010) explica que el sistema Tadoma consiste en poner dos dedos sobre los labios y otro en la garganta, para percibir el movimiento de labios y la vibración de las cuerdas vocales. Este aspecto es muy importante teniendo en cuenta que, en la Ley 27 de 2007 de España “se determina el reconocimiento y regulación de la ls como lengua propia de las personas sordas y sordociegas”.

Basados en el modelo de Accesibilidad Comunicativa Universal establecido en este estudio, y que contempla cinco dimensiones: (a) contextualización interseccional, (b) lenguaje, (c) interacción, (d) formas y medios de expresión, y (e) participación , se pudo observar que el lugar que ocupa la ls hasta ahora en las guías de comunicación y discapacidad publicadas en español es, por un lado, una forma de expresión en soportes y formatos alternativos que garantizan la información accesible y la accesibilidad a la información, y por el otro, un elemento clave del componente participativo (Meléndez, 2022).

Sin embargo, llamó la atención la falta de reconocimiento de la ls como lengua minoritaria oficial en cada territorio y, el escaso abordaje de las implicaciones de este modo de comunicación con respecto a la comunidad que la práctica. Esto incluye reconocer el papel de la ls en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad y el papel de una Accesibilidad Comunicativa Universal, de comunicadores y medios, en la supervivencia y expansión de la ls, así como en la inclusión social y ciudadana de esta población (Meléndez, 2022).

En ese orden, las guías que se desarrollen dentro del modelo de Accesibilidad Comunicativa Universal servirán no solo para orientar la producción de contenidos sobre discapacidad, sino también para diseñar procesos de co-construcción de significado. Esto exige tomar en cuenta aspectos de la comunicación participativa y dialógica que involucre asuntos de participación política, movilización y las condiciones para que la comunicación sea realizada por, con y para la comunidad (Peruzzo, 2020 como se citó en Meléndez 2022) para el caso, con diversidad funcional.

No se trata solo de narrativas accesibles sino de procesos comunicativos accesibles para todos, universales, que vayan desde la eliminación de barreras de acceso a la información, hasta la implementación de estrategias comunicativas que puedan suscitar la autoinclusión social y ciudadana de esta población favoreciendo su autonomía (Meléndez, 2022).

Sin embargo, actualmente se maneja el modelo de inclusión social, ésta se entiende, según el Instituto Canadiense de Bienestar (2009) citado por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [ODS] (2020) como un una sociedad en donde desarrolla los talentos y capacidades de todos sus miembros, promueve la participación inclusiva en todos los ámbitos de la vida, combate de forma activa la discriminación individual y sistémica, y proporciona reconocimiento y valor a los diferentes grupos sociales. Este hecho es observable con mayor frecuencia en las personas con discapacidad auditiva y visual, porque la mayoría de las veces la población sin discapacidad no tiene paciencia para atenderlas y tratarlas (Puerto, 2020).

En conclusión, la inclusión social define “como un proceso sistemático y permanente de las sociedades para hacer cumplir, respetar y proteger los derechos humanos de todos los individuos de una sociedad por medio de la garantía de condiciones de igualdad con independencia del origen social de las personas (Puerto, 2020).

Las Personas en situación de discapacidad auditiva moderada a profunda, con una adquisición peri o prelocutiva, en su mayoría se autodenominan “Sordos” con “S” mayúscula. Ellas se definen como miembros de un mundo con su propia lengua y cultura, valores y costumbres. Esta lengua difiere del lenguaje oral en cuanto a gramática, no es universal y es considerado el elemento cultural más significativo de la comunidad Sorda. Debido al proceso fonológico y falta de acceso a educación, la mayoría son analfabetas funcionales (Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve , 2019).

Dada las particularidades que tiene las Personas en situación de discapacidad visual y auditiva, se hace necesario que los profesionales sanitarios conozcan algunos aspectos básicos de la atención de esta población (Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve , 2019).

2.4 Perfil y competencias del Gerontólogo de la UAEH

Debido a la constante transformación por la que atraviesa la sociedad, las instituciones y los sujetos deben adaptarse a los cambios, es por ello que surge en respuesta una formación basada en competencias como una solución a las diversas necesidades en materia social y educativa, que la formación tradicional no había podido satisfacer hasta ahora (Martínez, Rubio, García y Martínez, 2003; Villa y Poblete, 2007). Dichos retos, según lo refiere Delors (1997) establecen la estructura de la educación y representan los cuatro aprendizajes fundamentales o pilares del conocimiento bajo los que se sustenta: 1) *aprender a conocer*, o adquirir los instrumentos de la comprensión; 2) *aprender a hacer* e influir en el propio entorno; 3) *aprender a vivir juntos* para participar y cooperar con los demás y 4) *aprender a ser*. Al respecto, Tobón (2004) menciona que la formación basada en competencias tiene como objetivo orientar al estudiante hacia un desempeño idóneo en sus diferentes contextos y, por tanto, requiere que el alumno sea protagonista de su propio proceso de aprendizaje, no sólo sobre el conocimiento sino también sobre su propia actuación y motivación. Asimismo, este autor afirma que este enfoque, está produciendo grandes cambios y transformaciones en la evaluación. La evaluación bajo este enfoque está más vinculada con el aprendizaje y la formación integral, enseñando a los alumnos a poner en práctica su conocimiento para que puedan ser competentes en un gran número de situaciones de acuerdo con las demandas actuales del mercado de trabajo.

Es por ello, que la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), no es ajena a este progreso y ejecuta acciones para mejorar continuamente y ofrecer educación de calidad al alumnado. Asimismo, la UAEH y en particular el Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) están comprometidos con la excelencia en la docencia y, por ende, con la implementación de nuevos programas educativos que respondan a las necesidades actuales de la sociedad y cuyos perfiles profesionales integren los enfoques multidimensionales y el desarrollo de competencias (UAEH, 2013). En este sentido, el ICSa ha incorporado en su oferta educativa la Licenciatura en Gerontología, aprobada por el Honorable Consejo Universitario en el año 2010, la cual constituye el único programa educativo de Gerontología a nivel Estatal, que está basado en competencias,

de acuerdo con nuevo modelo educativo y modelo curricular integral de la UAEH (UAEH, 2012). En consecuencia, el programa educativo de Gerontología integra, a lo largo de todo su contenido, las competencias que suman a la obtención del perfil de egreso del licenciado en Gerontología desde el momento en que un alumno forma parte como tal de la institución; es decir, desde que ingresa.

2.4.1 Perfil de ingreso

Para cursar la Licenciatura en Gerontología, los aspirantes deberán poseer los siguientes conocimientos, habilidades, actitudes y valores. En el rubro de conocimientos, éstos deben ser básicos en las áreas de biología, física, química orgánica, anatomía, matemáticas, estadística, sociología, y manejar las bases de la metodología de la investigación, de la lengua inglesa y de la computación. Las habilidades esenciales que debe poseer están relacionadas con el pensamiento crítico, el trabajo en equipo, la búsqueda de información, el manejo de equipo de cómputo, la facilidad para la comunicación y la creatividad.

Algo fundamental para el futuro gerontólogo son los valores, por lo que el perfil de ingreso incluye tener una actitud positiva para la preparación permanente, hábitos de estudio, reconocimiento de los valores universales, respeto a la vida y dignidad de los ancianos, así como ser proclive a desarrollar servicios a la comunidad. De igual forma debe de ser portador de valores éticos. El trato con los adultos mayores requiere ser portador de valores como el respeto, la honestidad, la responsabilidad, el compromiso, la lealtad, la tolerancia y la solidaridad (UAEH, 2009).

2.4.2 Perfil progresivo

El perfil progresivo de los estudiantes de la Licenciatura en Gerontología está dado por el grado de complejidad de los contenidos disciplinares, el nivel de intervención y el tipo de problemática que se aborda en cada semestre, lo que permite evaluar el desempeño gradual del estudiante, convirtiéndose así en su perfil progresivo, articulado a través de la complejidad y secuenciación de las asignaturas que en cada semestre integran las siete áreas de formación y un campo problemático en lo específico, el cual

conlleva los rasgos y especificidades de los ejes transversales (UAEH, 2009). De tal manera que, conforme el estudiante adquiere los conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes y valores de manera integral, va avanzando en el perfil progresivo, lo que le permite desarrollar una serie de competencias necesarias para su desempeño profesional; concretamente el estudiante adquiere en cada semestre las siguientes comprensiones perdurables que posibilitan el desarrollo del perfil progresivo:

Primero y segundo semestre. En primero y segundo semestres el estudiante de Gerontología tiene como escenario de intervención el *nivel societal* y el análisis que de ello se desprende mediante las 9 asignaturas disciplinares que lo conforman, orientando el análisis macro social de los diversos procesos biopsicosociales por los que transita una sociedad que envejece y que sirven de contexto y familiarización, tanto con el sujeto-objeto de estudio de la disciplina como con la población concreta a la que habrá de dedicarse profesionalmente; así, en el primer y segundo semestres el educando se aproximará a conocer las bases de la biogerontología, las características del sistema músculo esquelético y nervioso, así como las principales teorías tanto en el ámbito biológico como psicológico y social que explican el proceso de envejecimiento, tanto a nivel individual como a nivel sociocultural; de igual forma están presentes las tres asignaturas y actividades institucionales que brindan la formación integral del estudiante, y que fomentan su desarrollo a nivel personal, grupal y comunitario (UAEH, 2009).

Tercer semestre. Del primero al tercer semestre tiene como centro de articulación y nivel de intervención la problemática familiar del adulto mayor A través de los contenidos y actividades de este semestre, el estudiante de Gerontología podrá detectar y evaluar cómo los procesos de salud-enfermedad vinculados al sistema endócrino y cardiopulmonar tanto como los aspectos psicoafectivos afectan al adulto mayor y su familia, mediante el análisis del sistema familiar y los cambios que como institución sociocultural ha tenido; para ello contará con los elementos teórico-prácticos e investigativos que le posibiliten intervenir en la dinámica familiar concreta que vive el adulto mayor (UAEH, 2009).

Cuarto semestre. El nivel de intervención grupal es la característica del cuarto semestre, en él se vierte la problemática de salud vinculada a los sistemas linfático, hematopoyético y genitourinario del adulto mayor, así como los trastornos neurológicos que puede desarrollar y las redes sociales con las que cuenta para enfrentar dichas circunstancias, por lo que el educando contará con los elementos teórico-prácticos para desarrollar la evaluación funcional y de estilos de vida del adulto mayor, así como poder intervenir a nivel grupal, sistematizando su experiencia a través de la investigación (UAEH, 2009).

Quinto semestre. El quinto semestre acerca al educando al estudio de los trastornos emocionales, los sistemas masticatorio y digestivo, así como aquellos aspectos nutricionales que conlleva el envejecimiento, teniendo como contexto y nivel de intervención las instituciones y las organizaciones dedicadas a la atención del adulto mayor, por lo que el estudiante, además de contar con los conocimientos conceptuales, también adquiere las habilidades para poder efectuar las evaluaciones correspondientes e intervenir en el orden de la planeación, organización y control de los procesos dentro de las instituciones dedicadas a los adultos mayores, sistematizando su experiencia a través de la investigación (UAEH, 2009).

Sexto semestre. En este semestre se inicia el nivel de intervención comunitario, el cual se centra en el fomento y preservación de la calidad de vida del adulto mayor, por lo que el alumno adquiere los conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para ello, a través de efectuar el diagnóstico integral del adulto mayor que orientará un mejor manejo de la polifarmacia de la que hace uso el sujeto senescente mediante el desarrollo de habilidades didáctico-pedagógicas emanadas de la geragogía y la gerontagogía, sistematizando su experiencia a través de la investigación (UAEH, 2009).

Séptimo semestre. En este semestre se continúa con el nivel de intervención comunitaria y el fomento de la calidad de vida del adulto mayor, por lo que el educando desarrollará las habilidades y destrezas para intervenir en las redes de apoyo que puede tener el adulto mayor, a través de cuidadores primarios y profesionales que le puedan brindar un acompañamiento de calidad y fraternidad, proporcionándole la habilitación, rehabilitación

o mantenimiento de sus capacidades funcionales y emocionales. Un elemento a resaltar en este semestre son las prácticas profesionales, que se presentan como el escenario sine qua non para llevar a la práctica todo el capital intelectual que hasta este momento ha adquirido y seguir desarrollándose, sistematizando su experiencia a través de la investigación (UAEH, 2009).

2.4.3 Perfil de egreso

La formación profesional del gerontólogo egresado de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo está basada en su Modelo Educativo, el cual contempla tres grandes campos del conocimiento: “*el científico*: que abarca todas las formulaciones de las ciencias y sus métodos, cualesquiera que sean sus clasificaciones; *el humanista* y su amplio espectro del saber asociado a los productos culturales más acendrados y persistentes; y *el tecnológico*, con su componente científico y su potencialidad de instrumentación de todas las formas anteriores del saber”

Retomando estos tres aspectos, el perfil de egreso integra los elementos teórico-metodológicos de la disciplina gerontológica que posibilitan la generación de nuevos conocimientos (*conocer*), las habilidades necesarias para poder aplicarlos de manera creativa (*saber hacer*) y el nivel ético para un desempeño profesional crítico y comprometido con las grandes necesidades del adulto mayor (*ser*), lo cual se ve reflejado en las competencias genéricas y específicas, a fin de alcanzar los fines curriculares planteados, por lo que:

El egresado del programa educativo de Gerontología evalúa, planea, atiende y da seguimiento a los aspectos biopsicosociales de la población adulta mayor retomando la perspectiva del ciclo vital con un enfoque interdisciplinar de análisis, reflexión y comprensión de los fundamentos teórico-epistemológicos que le permiten intervenir, investigar y crear diversas estrategias mediante el diagnóstico, selección, adaptación, diseño y aplicación de modelos, técnicas, métodos y procedimientos, sobre el viejo, la vejez y el envejecimiento, así como el fomento de un envejecimiento saludable, con un alto compromiso bioético, social y humanista (UAEH, 2009).

2.4.4 Competencias específicas del PE de Gerontología

Fomento de la salud. El estudiante de la Licenciatura en Gerontología podrá identificar la complejidad de los procesos biogerontológicos del adulto senescente a través de la exploración de las diversas teorías sobre el envejecimiento vinculadas a la morfología y fisiología de los aparatos y sistemas del cuerpo humano, a fin de caracterizar los aspectos de la evolución, involución y cambios naturales y patológicos del envejecimiento teniendo como objetivo el conocimiento de los aparatos y sistemas del cuerpo humano. (Programa educativo gerontología). Comprensión de los procesos biogerontológicos y su aplicación para el fomento de la salud. Es el conocimiento de los fundamentos teóricos de las ciencias de la salud, aplicados a la Gerontología para abordar de manera interdisciplinar los procesos de salud-enfermedad-bienestar del adulto mayor teniendo como objetivo el conocimiento de la fisiología y morfología de los aparatos y sistemas del cuerpo humano y los cambios que presenta a lo largo del ciclo vital, además de los conceptos y principios teóricos sobre la fisiología y morfología del cuerpo humano en el proceso de envejecimiento (UAEH, 2009).

Acompañamiento. Es el conocimiento y aplicación de los fundamentos teóricos, y modelos de evaluación e intervención de la psicogerontología, desde una perspectiva dinámica-humanista, para prevención, y atención de los problemas psicosociales del adulto mayor, teniendo como objetivo los conocimientos de los procesos psicobiológicos y cognitivos, así como los aspectos psicoafectivos que se presenten a lo largo del ciclo vital, Los procesos psicopatológicos que se presentan en la vejez, y las teorías y modelos de la psicogerontología en las áreas diagnóstica, de atención e intervención (UAEH, 2009).

Orientación. Es el conocimiento y aplicación de los fundamentos teóricos-metodológicos y de intervención de las ciencias sociales aplicados a la gerontología social, para la atención de los problemas socioeconómicos, culturales, políticos y legales del adulto mayor teniendo como objetivo los fundamentos teóricos de la gerontología social, así

como los procesos socioeconómicos, culturales y de salud en el ámbito societal y familiar del adulto mayor, los factores ambientales, de organización y educativos dentro de los diferentes hábitat por lo que transita el adulto mayor y Las teorías, modelos y conceptos de la gerontología social y de las ciencias sociales en general a las problemáticas de orden político y legal vinculadas al envejecimiento (UAEH, 2009).

Evaluación gerontológica integral. Es la aplicación interdisciplinaria de los diversos métodos de las ciencias gerontológicas y de la salud para evaluar los procesos bio-psico-sociales del viejo, la vejez y el envejecimiento con el objetivo de obtener conocimientos contexto sociofamiliar del adulto mayor, aspectos funcionales y psicológicos vinculados al estilo de vida del adulto mayor, las condiciones de salud del adulto mayor desde el modelo ecológico biopsicosocial (UAEH, 2009).

Intervención. Es integrar y aplicar interdisciplinariamente los conocimientos, modelos y métodos de las ciencias gerontológicas y de la salud, en los niveles de intervención: individual, Institucional, grupal, organizacional, comunitario y societal, teniendo como objetivo los modelos de intervención gerontológica en el nivel familiar y grupal, modelos de intervención gerontológica en el nivel institucional y comunitario, modelos de intervención gerontológica en cualquier nivel de intervención (UAEH, 2009).

2.4.5 Competencias genéricas del PE de Gerontología

Comunicación. Desarrollar en los estudiantes la capacidad de la comunicación en español y en un segundo idioma para su interacción social a través de signos y sistemas de mensajes que pueden ser orales y escritos, derivados del lenguaje y del pensamiento, estableciendo vínculos con su entorno social, cultural, político, económico y religioso entre otros, según sea el caso (UAEH, 2009).

Formación. Integrar los contenidos en diversas situaciones (académicas, profesionales, sociales, productivas, laborales e investigativas) para la solución de problemas a través del empleo de métodos y estrategias centradas en el aprendizaje (aprendizaje basado en problemas, cooperativo, colaborativo, significativo, consultoría y proyectos, entre

otros) con autonomía y con valores que expresen en convicciones, así como su compromiso con la calidad en su modo de actuación de acuerdo a los estándares establecidos (UAEH, 2009).

Pensamiento crítico. Aplicar el pensamiento crítico y autocrítico para identificar, plantear y resolver problemas por medio de los procesos de abstracción, análisis y síntesis, procesando la información procedente de diversas fuentes que permitan un aprendizaje significativo y una actualización permanente (UAEH, 2009).

Creatividad. Aplica la creatividad para detectar, formular y solucionar problemas de forma original e innovadora, a través de la integración de contenidos y mediante el uso de estrategias didácticas que generen el pensamiento divergente, problemático, investigativo, cooperativo, innovador, entre otras (UAEH, 2009).

Colaborativo. Aplicar el liderazgo colaborativo para identificar y desarrollar ideas y/o proyectos del campo profesional y social por medio de los procesos de planificación y toma de decisiones, asegurando el trabajo en equipo, la motivación y la conducción hacia metas comunes (UAEH, 2009).

Ciudadanía. Actuar ante los distintos colectivos de acuerdo con los principios generales con responsabilidad social y compromiso ciudadano para enfrentar y resolver conflictos profesionales, ejerciendo su ciudadanía democrática, lo cual le permite resolver problemas en un contexto multicultural y diverso con base en los valores universales y principios éticos aceptados y considerados propios, fomentando con ello el desarrollo de la sociedad (UAEH, 2009).

Tecnología. Aplicar las tecnologías de la información y la computación como herramienta de apoyo para la solución de problemas del campo profesional y social a través del uso apropiado de recursos y metodologías para el desarrollo del aprendizaje, la comunicación, la formación disciplinar y la investigación logrando una eficiencia en la búsqueda y procesamiento de la información y la comunicación (UAEH, 2009). Todo lo anterior, tanto los perfiles progresivos y de egreso, como los contenidos temáticos y las competencias, se encuentran integrados en las asignaturas que conforman el programa educativo de Gerontología de la UAEH (ver Tabla 2. Lista de asignaturas del PE de Gerontología de la UAEH).

Tabla 2. Lista de asignaturas del PE de Gerontología de la UAEH (Elaboración propia)

Semestre	Asignatura
1ro	Aspectos Generales de la Biogerontología
	Antecedentes y Paradigmas de la Gerontología
	Contexto Sociodemográfico y Cultural de la Vejez
	Calidad de Vida y Envejecimiento Activo
	Aprender a Aprender
2do	Sistema Nervioso y Musculoesquelético
	Funciones Psicológicas y Cognitivas en el Adulto Mayor
	Sujeto Gerontológico: una lectura desde la filosofía, la moral y la ética
	Aspectos Macro y Microeconómicos del Envejecimiento
	Género, Sexualidad y Vejez
	Desarrollo Sustentable y Medio Ambiente
3ro	Sistema Endócrino y cardio pulmonar
	Aspectos Psicoafectivos del Sujeto Senescente
	Familia como Sistema e Institución del Adulto Mayor
	Evaluación Gerontológica: Contexto Sociofamiliar
	Modelos de Intervención: dinámica familiar
	Fundamentos de la Metodología de la Investigación
4to	Sistema renal genitourinario y hematopoyético
	Psicopatología de la Vejez: trastornos neurológicos
	Ambientes Amigables para una Sociedad Longeva
	Evaluación Funcional: estilos de Vida del Adulto Mayo
	Modelos de Intervención: los grupos y el trabajo en red
	Metodología de la Investigación Gerontológica I
5to	Sistema estomatognático y digestivo
	Psicopatología de la Vejez: trastornos emocionales
	Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos

	Evaluación Psicogerontológica: Psicodiagnóstico
	Modelos de Intervención Organizacionales en: instituciones de atención al adulto mayor
	Metodología de la Investigación Gerontológica II
6to	Farmacología en el Envejecimiento
	Modelos y Programas de Educación para adulto: La gerontagogía en acción
	Optativa I
	Evaluación Gerontológica Integral
	Modelos de Intervención Comunitarios para el Adulto Mayor
	Metodología de la Investigación Gerontológica III
	Farmacología en el Envejecimiento
7mo	Formación y Evaluación de Cuidadores Primarios y Profesionales
	Acompañamiento Psicogerontológico y Tanatológico
	Optativa II
	Terapia Ocupacional y Terapéutica Física en el Adulto Mayor
	Prácticas Profesionales
	Seminario de Investigación I
8vo	Estrategias para Desarrollar Resiliencia en el Adulto Mayor
	Andamiajes Sociales para una Sociedad Longeva: El sistema político y legal
	Servicio Social
	Seminario de Investigación I
	(Programa educativo gerontología)

Capítulo 3. Análisis e Interpretación de Resultados

En el presente apartado, se encuentran los resultados mediante los instrumentos de evaluación ya mencionada anteriormente. Para realizar el análisis de los datos se realizó una matriz donde se hace mención de las categorías e indicadores que dieron pauta el análisis de los distintos ítems que integraron las respuestas a los principales conceptos y objetivos de la investigación. Los resultados están organizados en cuatro categorías 1) Licenciatura en Gerontología, 2) Atención Gerontológica, 3) Discapacidad auditiva y 4) Percepción.

3.1 Datos sociodemográficos de los Gerontólogos

La muestra del estudio estuvo compuesta por 33 gerontólogos egresados de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, con edades comprendidas entre los 23 a los 51 años (Media=26.393%) y estado civil predominantemente soltero. El 69.7 % de la muestra eran mujeres y el 30.3 % eran hombres. Los gerontólogos que participaron se caracterizan en su mayoría, por no haber tomado cursos de educación continua relacionados con la discapacidad auditiva en personas mayores. En la Tabla 3, se muestran los datos obtenidos de este grupo.

Tabla 3. Datos sociodemográficos

	Gerontólogos egresados de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
Edad	23 a 51 años Media=26.393% años
Nivel máximo de estudios	24 Profesional (16 años) 8 Maestría (18 años) Especialidad (18 años)
Género	23 Mujeres 10 Hombres
Estado Civil	22 solteros (a) 5 con pareja 4 casados (a) 2 en unión libre o concubinato
Cursos tomados sobre la discapacidad	26 no han tomado cursos referentes a la discapacidad auditiva. 7 si han tomado cursos referentes a la discapacidad auditiva.

auditiva.	
-----------	--

Resultados del perfil actual de los gerontólogos egresados de la UAEH

Formación. En relación con la preparación durante la licenciatura, solamente 5 personas están totalmente de acuerdo en tener la preparación suficiente para poder atender a Personas mayores con discapacidad auditiva en su trabajo, mientras que 18 están ni de acuerdo ni desacuerdo, y 10 personas están totalmente en desacuerdo con esta aseveración, lo que significa que consideran no tener la formación suficiente para la atención a personas mayores con discapacidad, como se puede observar en la Fig. 4.

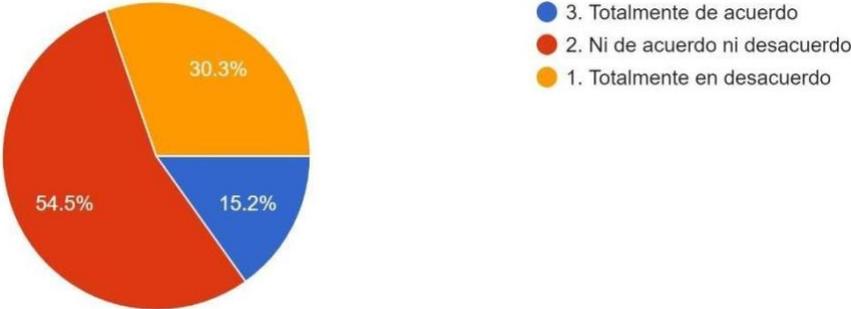


Fig. 4 Preparación de los gerontólogos durante la licenciatura (Elaboración propia).

Ahora bien, el 42.4% estuvieron totalmente de acuerdo de haber tenido alguna asignatura o curso en su formación en gerontología donde se abordará de manera puntual la discapacidad auditiva, mientras que el 45.5% no están ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por último, solo el 12% mencionan estar totalmente de acuerdo de haber tenido alguna asignatura o curso en su formación como gerontólogo donde se abordará de manera puntual la discapacidad auditiva.

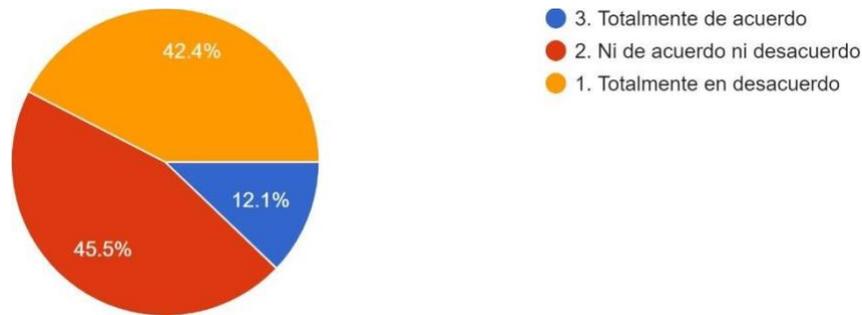


Fig. 5 Contenidos sobre discapacidad auditiva durante la licenciatura (Elaboración propia).

Por otro lado, el 36.4% dice estar totalmente en desacuerdo de haber desarrollado las habilidades necesarias durante la licenciatura para aplicar instrumentos que permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva, mientras que el 21.2% está totalmente de acuerdo con esta aseveración, por último, el 42.4% menciona no estar de acuerdo ni desacuerdo de haber desarrollado habilidades necesarias durante su formación en gerontología para aplicar instrumentos para valorar la discapacidad auditiva.

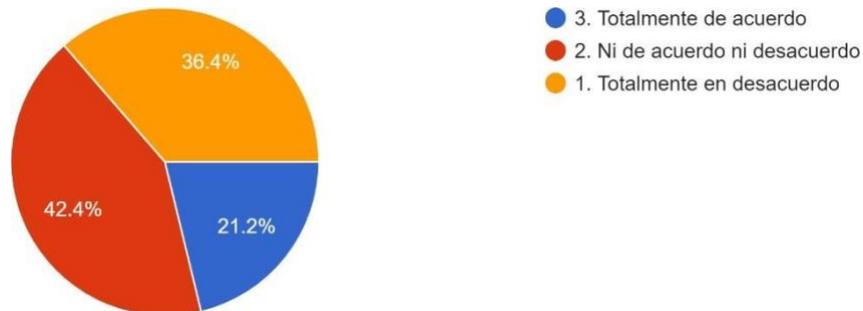


Fig. 6 Habilidades desarrolladas en la licenciatura para la aplicación de instrumentos. (Elaboración propia).

De igual forma, el 12.1% está en desacuerdo con el hecho de que su preparación les permite poder realizar una evaluación integral a una persona mayor con discapacidad auditiva, mientras que el 42.4% está de acuerdo con esta aseveración, por último, solo

el 45.5% esta ni de acuerdo ni desacuerdo en que su preparación le permite poder realizar una valoración integral a una persona mayor con discapacidad auditiva.

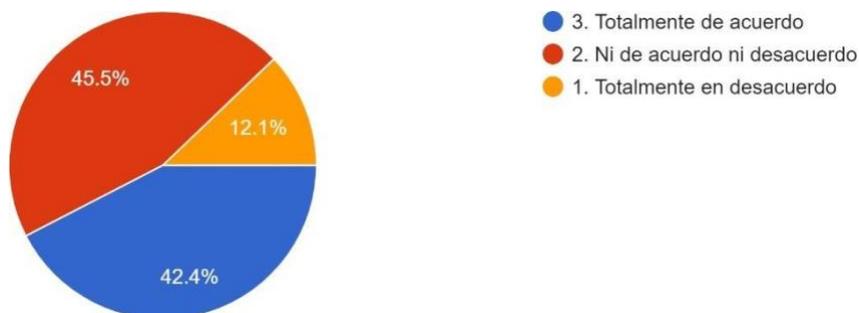


Fig. 7 Preparación para realizar una evaluación integral (Elaboración propia).

Asimismo, el 84.4% está totalmente de acuerdo que este tipo de investigaciones ayudara a crear estrategias para mejorar las competencias como gerontólogo, mientras que el 15.2% menciona estar ni de acuerdo ni desacuerdo de que este tipo de investigación ayudara a crear estrategias para mejorar las competencias como gerontólogo.

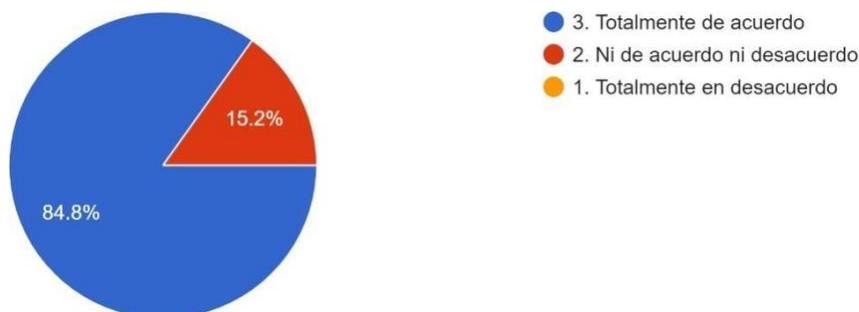


Fig. 8 Beneficio de la realización de investigaciones para la mejora de competencias (Elaboración propia).

Por último, el 100% considera que es importante que un programa educativo de gerontología incluya contenidos para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.

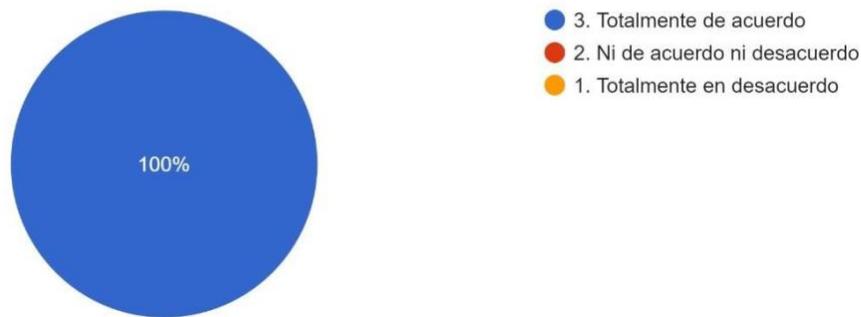


Fig. 9 Contenidos para atender a personas mayores con discapacidad auditiva (Elaboración propia).

Educación continua. En relación con la educación continua 24. 2% está totalmente en acuerdo de que los cursos de educación continua que a tomado, son suficientes para atender a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 24.2% esta totalmente en desacuerdo con esta aseveración, por último, el 51.5% está en ni de acuerdo ni en desacuerdo de que los cursos de educación continua que a tomado, fueran suficientes para atender personas mayores con discapacidad auditiva.

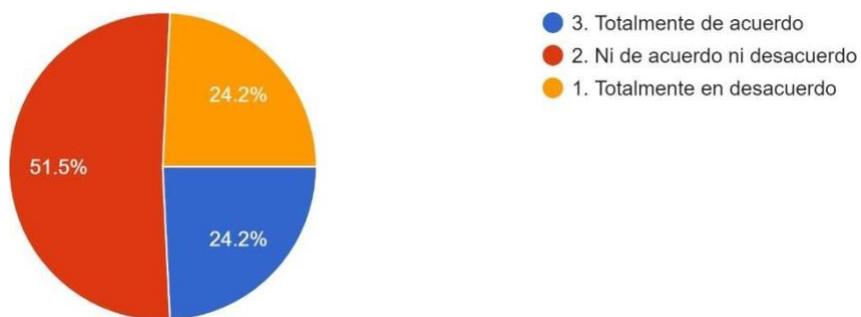


Fig. 10 Contenidos de educación continua (Elaboración propia).

Ahora bien, el 36.4% esta totalmente de acuerdo en que durante los cursos de educación continua tomados, desarrollo las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que les permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores, mientras que el 48.5% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo

el 15.2% esta totalmente en desacuerdo que durante los cursos de educación continua tomados, desarrolle las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que les permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores.

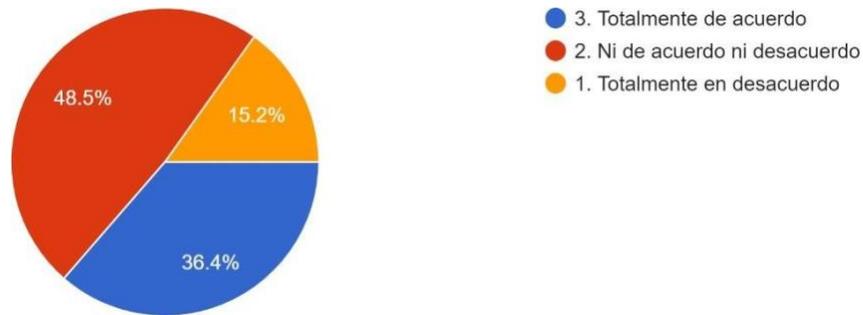


Fig. 11 Habilidades desarrolladas en educación continua (Elaboración propia).

Por otro lado, el 48.5% está totalmente de acuerdo en que su preparación de los cursos de educación continua le permite poder realizar una evaluación integral a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 39.4% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 12.1% esta totalmente desacuerdo de que en su preparación de los cursos de educación continúa le permiten poder realizar una evaluación integral a personas mayores con discapacidad auditiva.

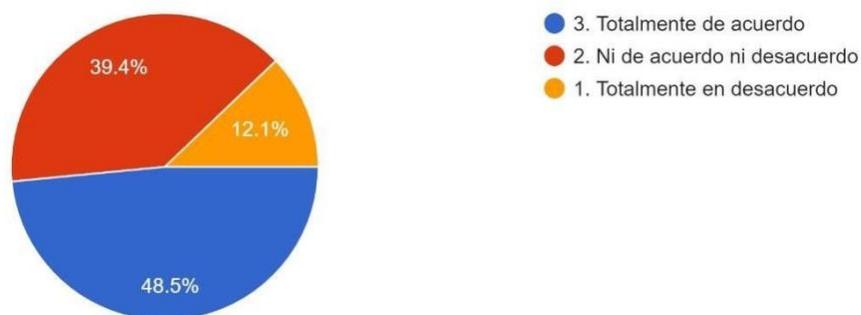


Fig. 12 Beneficios de la educación continua para la realización de una evaluación integral (Elaboración propia).

Por ultimo el 39.4% esta totalmente de acuerdo con que sus cursos de educación

continua, le permiten brindar intervenciones adecuadas para personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 51.5% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 9.1% esta totalmente en desacuerdo en que sus cursos de educación continua, le permiten brindar intervenciones adecuadas para personas mayores con discapacidad auditiva.

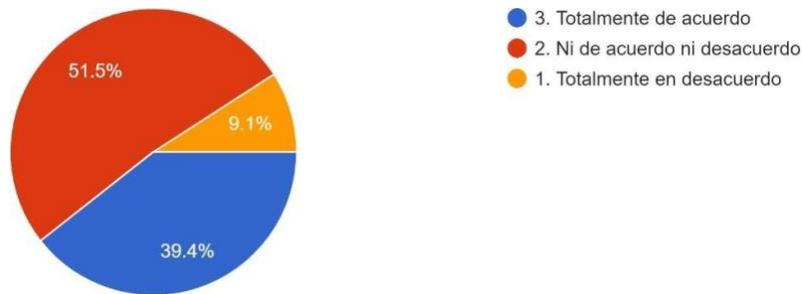


Fig. 13 Contenidos de educación continua para el apoyo de intervenciones (Elaboración propia).

Competencias. En relación a las competencias, solamente 1 persona está ni de acuerdo ni desacuerdo en que es importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que 32 personas están totalmente de acuerdo en que es importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.

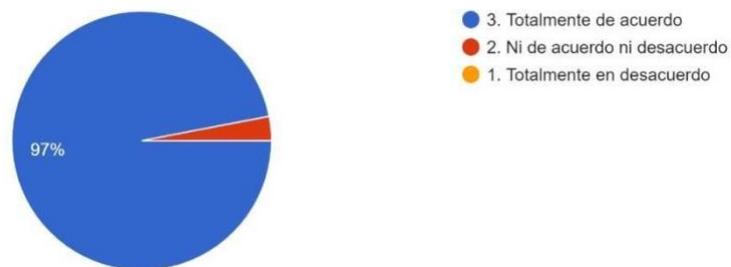


Fig. 14 Competencias para atender a personas mayores (Elaboración propia).

Ahora bien, el 54.5% esta totalmente de acuerdo en que, durante su ejercicio profesional como gerontólogo, a podido brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 39.4% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 6.1% esta totalmente en desacuerdo de que, durante su ejercicio profesional como gerontólogo, a podido brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva.

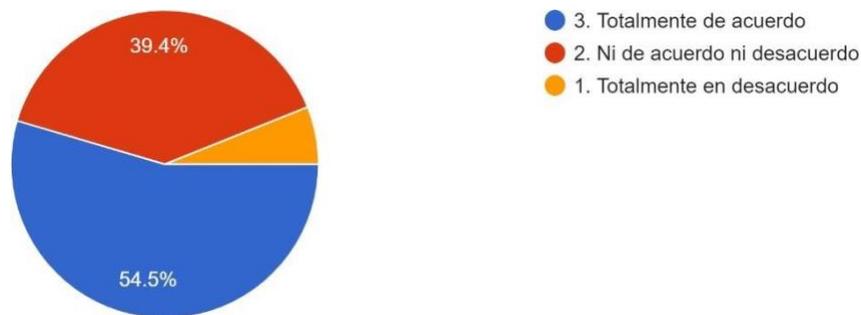


Fig. 15 Intervenciones brindadas durante el ejercicio profesional (Elaboración propia).

Por otro lado, el 81.8% está totalmente de acuerdo en que actualmente requiere una capacitación en materia de personas mayores con discapacidad auditiva, para poder brindar una intervención adecuada, mientras que el 18.2% está ni de acuerdo ni desacuerdo en que actualmente requiere una capacitación en materia de personas mayores con discapacidad auditiva, para poder brindar una intervención adecuada.

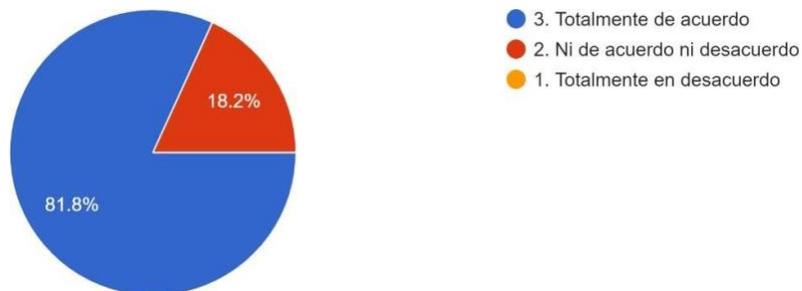


Fig. 16 Importancia de capacitación en materia de personas mayores con discapacidad auditiva (Elaboración propia).

De igual forma el 84.8% esta totalmente de acuerdo en que este tipo de investigación ayuda a crear estrategias para mejorar las competencias como gerontólogo(a), mientras que el 15.2% está ni de acuerdo ni desacuerdo en que este tipo de investigación ayuda a crear estrategias para mejorar las competencias como gerontólogo(a).

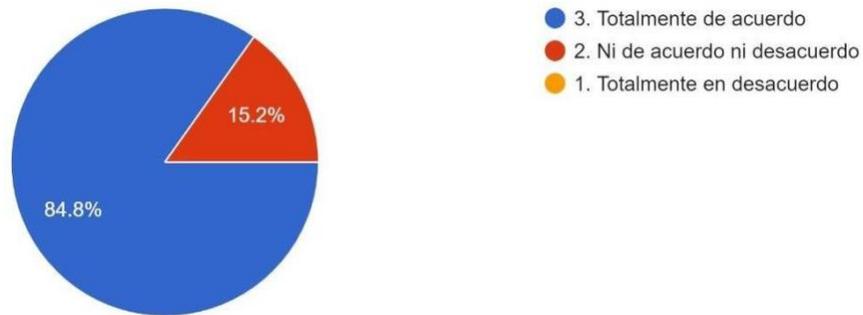


Fig. 17 Relevancia de la investigación para la creación de estrategias en beneficio de los gerontólogos (Elaboración propia).

Asimismo el 36.4% esta totalmente de acuerdo en que durante los cursos de educación continua tomados, desarrollo habilidades necesarias para aplicar instrumentos que les permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores, mientras que el 48.5% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 15.2% esta totalmente en desacuerdo que durante los cursos de educación continua tomados, desarrollo las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que les permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores.

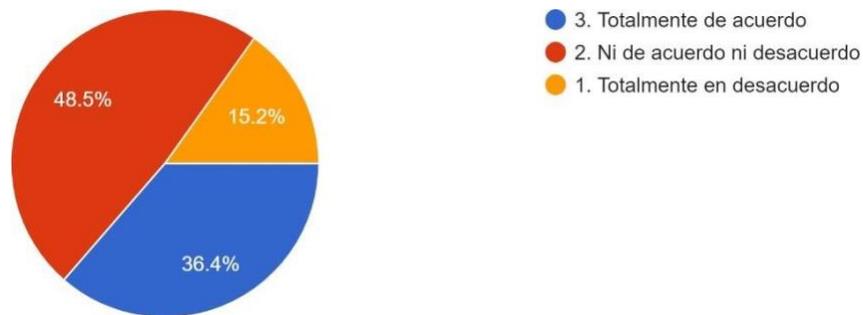


Fig. 18 Habilidades desarrolladas en los cursos de educación continua (Elaboración propia).

Del mismo modo el 54.5% está totalmente de acuerdo en que sus conocimientos le permiten diferenciar adecuadamente entre hipoacusia, presbiacusia y sordera (niveles de discapacidad auditiva), mientras que el 36.4% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 9.1% esta totalmente en desacuerdo de que sus conocimientos le permiten diferenciar adecuadamente entre hipoacusia, presbiacusia y sordera (niveles de pérdida auditiva).

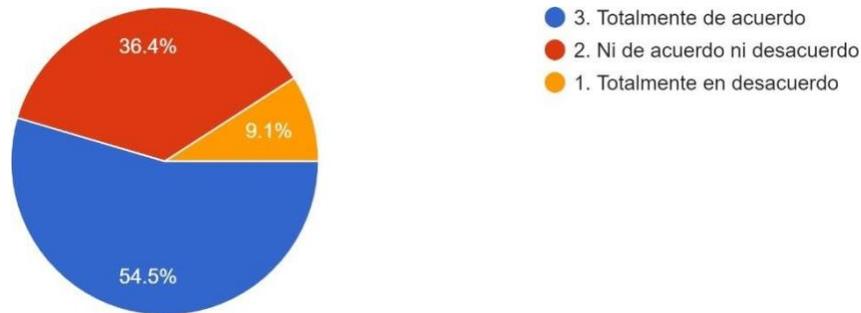


Fig. 19 Conocimiento de la definición de hipoacusia, presbiacusia y sordera (Elaboración propia).

En último lugar el 24.2% esta totalmente de acuerdo que sus conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, le permiten, por lo menos, identificar saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación, mientras que el 39.4% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 36.4% esta totalmente en desacuerdo de que sus conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, le permiten, por lo menos, identificar saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación.

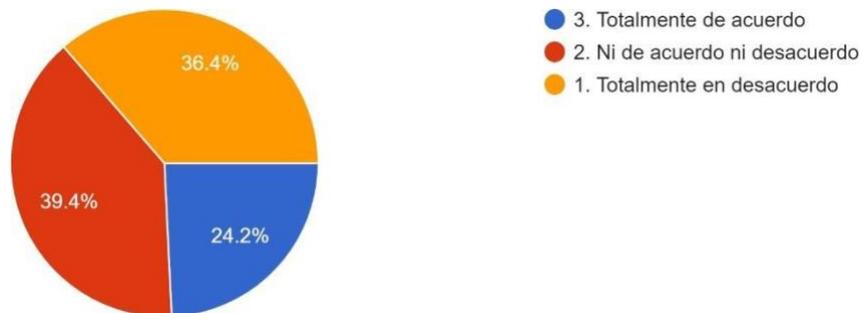


Fig. 20 Conocimientos de la lengua de señas mexicana (Elaboración propia).

Comparación del perfil del gerontólogo egresado de la UAEH y su formación actual (en relación con la atención gerontológico de la Personas con Discapacidad Auditiva)

Instrumentos. En relación a los instrumentos el 21.2% esta totalmente de acuerdo, en que durante la licenciatura desarrollo habilidades necesarias para aplicar instrumentos que le permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva, mientras que el 42.4% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por último, el 36.4% está totalmente en desacuerdo que, durante la licenciatura, desarrollo habilidades necesarias para aplicar instrumentos que le permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva.

Por otro lado el 36.4% esta totalmente de acuerdo en que durante los cursos de educación continua tomados, desarrollo las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que le permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores, mientras que el 48.5% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 15.2% esta totalmente en desacuerdo de que durante los cursos de educación continua tomados, desarrollo habilidades necesarias para aplicar instrumentos que le permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva.

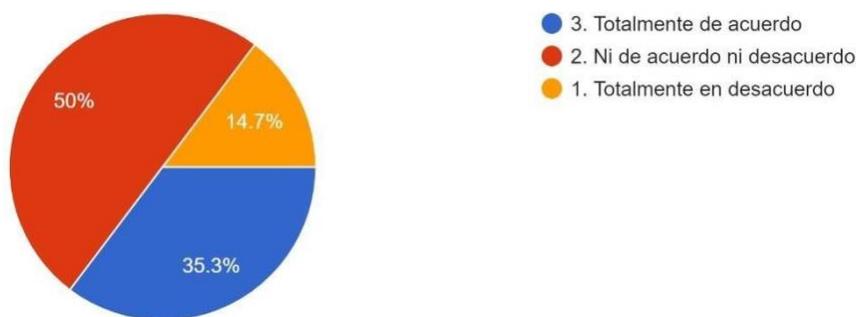


Fig. 21 Habilidades desarrolladas durante los cursos de educación continua (Elaboración propia).

Evaluación Gerontológica Integral. En relación con la Evaluación Gerontológica Integral el 21.2% esta totalmente de acuerdo que durante la licenciatura, desarrollaron habilidades necesarias para aplicar instrumentos que les permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva, mientras que el 42.4% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 36.4% esta totalmente en desacuerdo de que durante la licenciatura desarrollo las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que les permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva.

Por otra parte, el 42.4% está totalmente de acuerdo con que su preparación le permite realizar una evaluación integral a una persona mayor con discapacidad auditiva, mientras que el 45.5% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 12.1% esta totalmente de desacuerdo de que su preparación le permita el poder realizar una evaluación integral a una persona mayor con discapacidad auditiva.

Del mismo modo el 36.4% esta totalmente de acuerdo de que durante los cursos de educación continua tomados, desarrollo habilidades necesarias para aplicar instrumentos que le permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en persona mayores, mientras que el 48.5% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, finalmente el 15.2% esta totalmente en desacuerdo de que durante los cursos de educación continua tomados, desarrollo habilidades necesarias para aplicar instrumentos que le permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores.

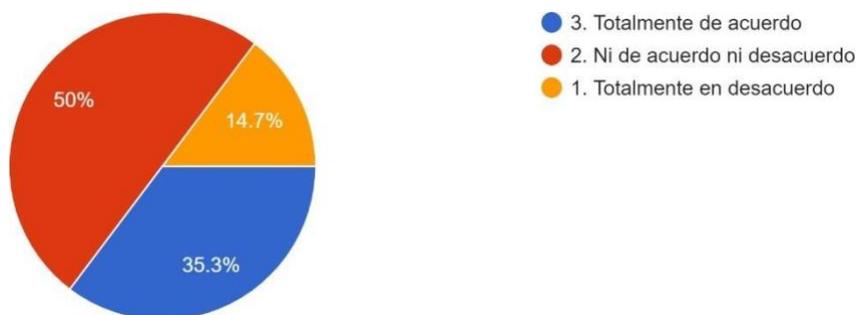


Fig. 22 Beneficio de los cursos de educación continua para la aplicación de instrumentos que permitan evaluar la discapacidad auditiva (Elaboración propia).

En ultimo lugar el 48.5% esta totalmente de acuerdo de que su preparaci3n en cursos de educaci3n continua le permite realizar una evaluaci3n integral a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 39.4% est3 ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveraci3n, finalmente el 12.1% esta totalmente en desacuerdo de que su preparaci3n en cursos de educaci3n continua me permite realizar una evaluaci3n integral a personas mayores con discapacidad auditiva.

Atenci3n Gerontol3gica. En relaci3n a la Atenci3n Gerontol3gica el 54.5% est3 totalmente de acuerdo de que, durante la atenci3n a personas mayores con discapacidad auditiva, se han presentado dificultades para realizar una correcta valoraci3n, mientras que el 39.4% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveraci3n, por ultimo el 6.1% esta totalmente en desacuerdo de que, durante la atenci3n a personas a mayores con discapacidad auditiva, se han presentado dificultades para realizar una correcta valoraci3n.

Por otro lado, el 51.5% est3 totalmente de acuerdo de que pudo resolver las dificultades presentadas durante la atenci3n gerontol3gica a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 45.5% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveraci3n, por 3ltimo, el 3% est3 totalmente en desacuerdo con que pudo resolver las dificultades presentadas durante la atenci3n gerontol3gica a personas mayores con discapacidad auditiva.

Adem3s, el 97% considera que es importante contar con las competencias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 3% esta ni de acuerdo ni desacuerdo de que es importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.

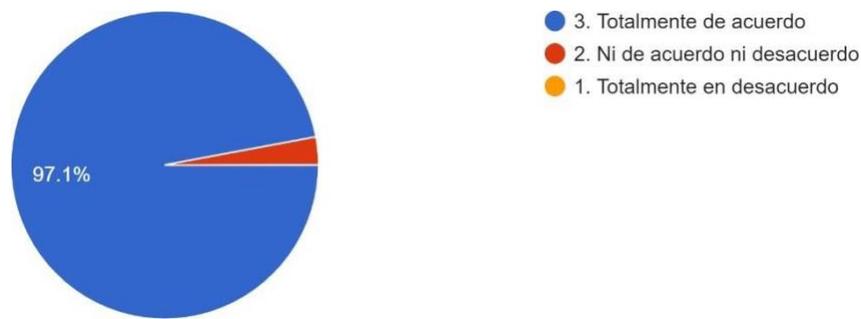


Fig. 23 Relevancia de contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva (Elaboración propia).

Asimismo, el 24.2% está totalmente de acuerdo de que los cursos de educación continua que han tomado, son suficientes para atender a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 51.5% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por último el 24.2% está totalmente en desacuerdo de que los cursos de educación continua que han tomado, son suficientes para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.

Aunado a esto, el 75.8% está totalmente de acuerdo de que considera importante analizar las limitantes que se pueden tener como gerontólogos para brindar una atención óptima a las personas mayores que presentan discapacidad auditiva, mientras que el 24.2% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración.

Al respecto, el 24.2% está totalmente de acuerdo de que una comunicación inadecuada durante la atención gerontológica, no representa una limitante para atender a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 21.2% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por último el 54.5% está totalmente en desacuerdo de que la comunicación inadecuada durante la atención gerontológica, no representa una limitante para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.

Al mismo tiempo, el 87.9% está totalmente de acuerdo de que una mala comunicación puede ser limitante en la atención brindada a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 9.1% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración,

por ultimo el 3% esta totalmente en desacuerdo en que una mala comunicación puede ser una limitante en la atención brindada a persona mayores con discapacidad auditiva.

Para terminar con este indicador, el 85.3% esta totalmente de acuerdo de que elementos como la falta de empatía, la presencia de barreras en la comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitantes para una adecuada atención gerontológica, mientras que el 8.8% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 5.9% esta totalmente en desacuerdo de que elementos como la falta de empatía, la presencia de barreras de comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitante para una adecuada atención gerontológica.

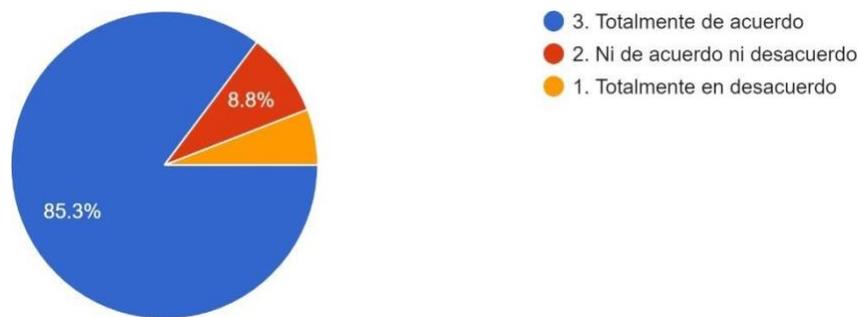


Fig. 24 Limitantes para una adecuada atención gerontológica (Elaboración propia).

Intervención. En relación a la intervención, 8 personas están totalmente de acuerdo en que están capacitados para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que 17 personas están ni de acuerdo ni desacuerdo de que están capacitados para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz, por último 8 personas están totalmente en desacuerdo en que están capacitados para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz.

Así mismo, el 39.4% esta totalmente de acuerdo de que su preparación en cursos de

educación continua, le permiten brindar intervenciones adecuadas para personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 51.5% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 9.1% esta totalmente en desacuerdo de que su preparación en cursos de educación continua, les permiten brindar intervenciones adecuadas para personas mayores con discapacidad auditiva.

De igual modo, el 54.5% esta totalmente de acuerdo de que, durante su ejercicio profesional como gerontólogo, a podido brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 39.4% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 6.1% esta totalmente en desacuerdo de que, durante su ejercicio profesional como gerontólogo, a podido brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva.

Además, el 82.4% está totalmente de acuerdo de que actualmente requiere una capacitación en materia de personas mayores con discapacidad auditiva, para poder brindar una intervención adecuada, mientras que el 17.6% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración.

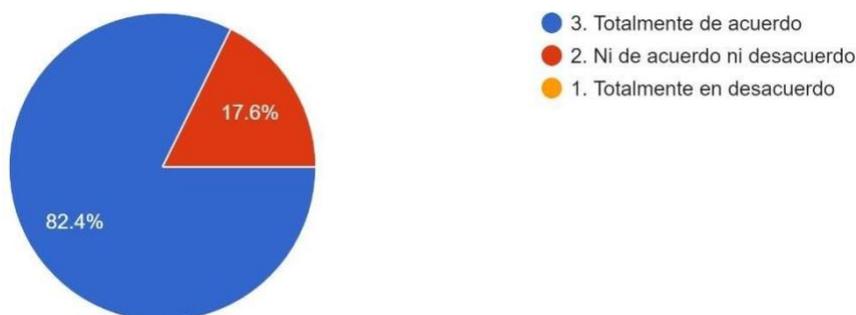


Fig. 25 Necesidad de capacitación en materia de personas mayores con discapacidad auditiva (Elaboración propia).

Finalmente, el 24.2% esta totalmente de acuerdo en que considera que esta capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz, mientras que el 51.5% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 24.2% esta totalmente en desacuerdo de que está capacitado para brindar

intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva d manera eficaz.

Niveles de audición. En relación a los niveles de audición, 18 personas consideran que sus conocimientos les permiten diferenciar adecuadamente entre hipoacusia, presbiacusia y sordera (niveles de pérdida auditiva), mientras que 12 personas están ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por último 3 personas están totalmente en desacuerdo de que sus conocimientos les permiten diferenciar adecuadamente entre hipoacusia, presbiacusia y sordera (niveles de pérdida auditiva).

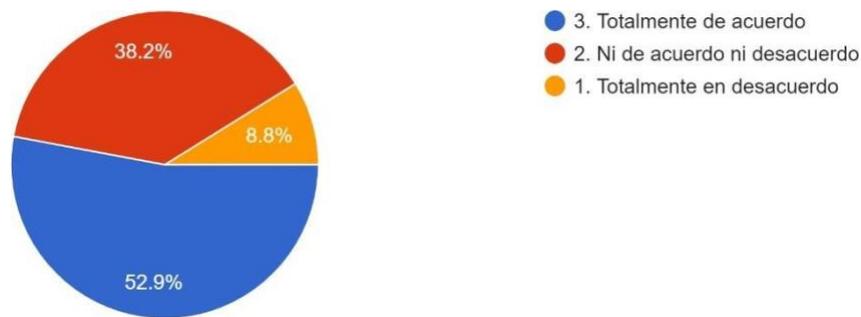


Fig. 26 Conocimientos de la diferencia entre hipoacusia, presbiacusia y sordera (Elaboración propia).

Lengua de señas. En relación a la lengua de señas mexicana, 3 personas están totalmente de acuerdo de conocer y estar totalmente familiarizado con la lengua de señas mexicana, mientras que 18 personas dicen estar ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por último 13 personas están totalmente en desacuerdo de conocer y estar familiarizado con la lengua de señas mexicanas.

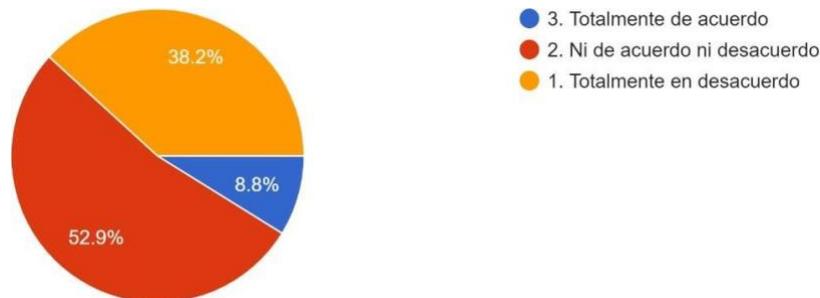


Fig. 27 Conocimiento de la lengua de señas mexicana (Elaboración propia).

Comunicación eficaz. En relación a la comunicación eficaz, 29 personas esta totalmente de acuerdo de que esta consciente en que una mala comunicación puede ser una limitante en la atención brindada a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que 3 esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por último 1 persona menciona estar totalmente en desacuerdo de que una mala comunicación puede ser una limitante en la atención brindada a personas mayores con discapacidad auditiva.

Por consiguiente, el 85.3% esta totalmente de acuerdo de que elementos como la falta de empatía, la presencia de barreras de la comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitantes para una adecuada atención gerontológica, mientras que el 8.8% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 5.9% esta totalmente desacuerdo en que elementos como la falta de empatía, la presencia de barreras en la comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitantes para una adecuada atención gerontológica.

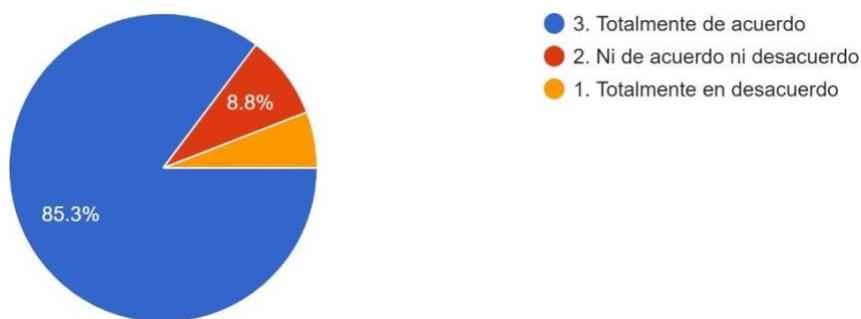


Fig. 28 Limitantes para una adecuada comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva (Elaboración propia).

De igual modo, el 81.8% esta totalmente en desacuerdo de que considera no necesario capacitarse para tener una comunicación eficaz con personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 6.1% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración,

por ultimo el 12.1% esta totalmente de acuerdo en que no considera necesario capacitarse para tener una comunicación eficaz con personas mayores con discapacidad auditiva.

Por ultimo en el indicador de la comunicación eficaz, el 24.2% esta totalmente de acuerdo de que sus conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, le permiten, por lo menos, identificar, saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación, mientras que el 39.4% esta ni de acuerdo ni desacuerdo de esta aseveración, por ultimo el 36.4% esta totalmente en desacuerdo de que sus conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, le permiten, por lo menos, identificar saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación.

Resultados de la percepción de los gerontólogos sobre los limitantes en la atención gerontológica a personas mayores con discapacidad auditiva.

Limitantes. Con relación a las limitantes, 26 personas están totalmente de acuerdo en que consideran importante analizar las limitantes que se pueden tener como gerontólogos para brindar una atención óptima a las personas mayores que presentan discapacidad auditiva, mientras que 8 personas están ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración.

Por consiguiente, el 87.9% está totalmente de acuerdo de que una mala comunicación puede ser una limitante en la atención brindada a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 9.1% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 3% esta totalmente en desacuerdo en que una mala comunicación puede ser limitante en la atención brindada a persona mayores con discapacidad auditiva.

De la misma forma, el 84.8% considera que elementos como la falta de empatía, la presencia de barreras en la comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitantes para una adecuada atención gerontológica, mientras que el 9.1% esta ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 6.1% esta totalmente en desacuerdo en que elementos como falta de empatía, la presencia de

barreras en la comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitantes para una adecuada atención gerontológica.

Así mismo, el 85.3% esta totalmente de acuerdo en que considera que este tipo de investigación ayuda a crear estrategias para mejorar mis competencias como gerontólogo, mientras el que 14.7% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración.

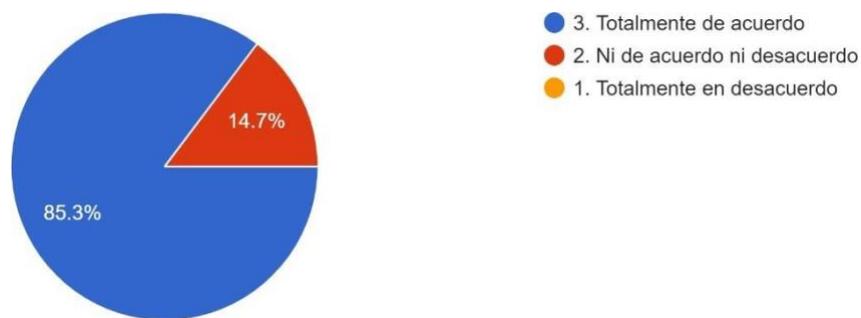


Fig. 28 Importancia de la investigación en temas de gerontología para la mejora de competencias (Elaboración propia).

Además, el 24.2% está totalmente de acuerdo en que sus conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, le permiten, por lo menos, identificar saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación, mientras que el 39.4% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 36.4% esta totalmente en desacuerdo de que sus conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, le permiten, por lo menos, identificar saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación.

Entonces el 24.2% está totalmente de acuerdo de que está capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 51.5% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por último, el 24.2% está totalmente en desacuerdo en que considera estar capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz. No obstante, el 81.8% esta totalmente en desacuerdo en que no considera necesario capacitarse para tener

una comunicación eficaz con personas mayores con discapacidad auditiva, mientras que el 6.1% está ni de acuerdo ni desacuerdo con esta aseveración, por ultimo el 12.1% esta totalmente de acuerdo en que no es necesario capacitarse para tener una comunicación eficaz con personas mayores con discapacidad auditiva.

Capítulo 4. Discusión y conclusiones

4. 1 Discusión

El propósito de este trabajo, de investigación fue analizar las limitantes percibidas por los licenciados en gerontología egresados de la UAEH para atender a personas mayores con discapacidad auditiva, los cuales fueron 33 gerontólogos egresados de la UAEH, que tuviera 1 año o más ejerciendo la gerontología, y que tuvieran acceso a internet y un dispositivo digital. Una vez establecidas estas categorías de los resultados, son apartados anteriores, a continuación, se presentan los datos más relevantes obtenidos en el proceso y análisis de la investigación, al igual, que se dan las respuestas a la pregunta de investigación derivadas de este suceso.

En primer lugar, dentro del aspecto sociodemográfico, se encontraron algunas características relevantes dentro de las cuales destacan que: El número total de mujeres participantes es más del doble que el de los hombres, este es debido a que la mayor parte de gerontólogos egresados, son mujeres, lo que justifica que sean las damas quienes están ejerciendo mayormente esta profesión. En su totalidad de los encuestados tienen entre 21 a 51 años de edad. En cuanto a su estado civil, la mayoría son solteros, mientras que los que están solteros son equivalentes a los que están casados. La educación superior fue predominante, Por último, la mayoría de los participantes, refiere no haber tomado cursos con temas relacionados a la discapacidad auditiva. En la misma línea, Ramirez (2015) menciona que la base de la atención es la interacción comunicativa entre el profesional de salud y el paciente. En el caso de los pacientes con discapacidad auditiva, la comunicación presenta distorsiones por existir fallas en la codificación y consecuentemente en la retroalimentación del mensaje de retorno. Ya que los profesionales de la salud no conocen la Cultura Sorda, ni utilizan las estrategias adecuadas. Y de no existir éste en la práctica, se violenta el derecho a la salud (Ramirez, 2015).

De acuerdo, con la interrogante principal, se establece que la investigación pretende describir cuales son las limitantes que presentan los licenciados en gerontología al no

tener conocimientos específicos de como atender a personas mayores con discapacidad auditiva. Al respecto, en este estudio se discutirán los principales resultados obtenidos del cuestionario, los cuales reflejan que todos los participantes consideran que es importante tener temas específicos de la discapacidad auditiva durante su formación gerontológica, se procederá a describir las características y diferencias que se encontraron. En relación con esto, se encontraron tres características que comparten por igual los gerontólogos, éstas son: Todos los gerontólogos son egresados de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, así que tienen la necesidad de aprender temas nuevos que tengan que ver con mejorar la atención con las personas mayores.

Ahora bien, en los resultados del perfil actual de los licenciados en gerontología egresados de la UAEH, mencionan que en relación a su formación la totalidad de los gerontólogos creen importante que en un programa educativo de gerontología se incluyan contenidos para atender a personas mayores con discapacidad auditiva y de igual manera la cuarta parte consideran tener la preparación suficiente para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva, en relación a la educación continua, en relación a las competencias la mayor parte de los participantes aseguran que es importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva, de igual forma, mas de la mitad, mencionan que este tipo de investigación ayudara a crear estrategias para mejorar las competencias como gerontólogo, por lo tanto, en relación a todo lo analizado en este apartado, podemos observar, que los gerontólogos tienen una preparación para poder atender a personas mayores, sin embargo, es necesario poder poner mayor énfasis en temas relacionados a la discapacidad auditiva, ya que de acuerdo al programa educativo de gerontología, el gerontólogo podrá identificar la complejidad de los procesos biogerontológicos del adulto senescente a través de la exploración de las diversas teorías sobre el envejecimiento vinculadas a la morfología y fisiología de los aparatos y su aplicación para el fomento de la salud. (Programa educativo gerontología).

Por consiguiente, en el análisis a la comparación del perfil del gerontólogo egresado de la UAEH y su formación actual, se detecta que gran parte de la población argumenta que no desarrollo habilidades necesarias para la aplicación de instrumentos que ayuden a

evaluar a evaluar la discapacidad auditiva o un posible riesgo, en relación a esto, mas de la mitad, concuerdan en que una comunicación inadecuada durante la atención gerontológica puede ser una limitante para la, considerando que competencias como la empatía, la falta de espacios adecuados, presencia de barreras de comunicación y el no contar con una capacitación adecuada para atender a esta población, es una problemática de acuerdo al Congreso de la Nación (2022), ya que con base al Artículo 21, se establece que instituciones públicas, privadas y sociales cuenten con personal que posee la preparación, capacidad y conocimientos para atender a la población de las personas mayores, desarrollando múltiples propuestas para la atención oportuna de pérdidas funcionales, físicas, psicológicas, cognitivas y sociales, siendo necesaria la atención y conocimientos de profesionales con perfil en gerontología de acuerdo al artículo 15 párrafo XVI con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulto mayor, siendo el caso específico de la discapacidad auditiva.

Por último, en el análisis realizado de los resultados de la percepción de los gerontólogos sobre los limitantes en la atención gerontológica a personas mayores con discapacidad auditiva veinticinco personas afirman importante el conocer las limitantes que se pueden tener como gerontólogos, ayudando a crear estrategias para la mejora de competencias, corroborando que ochenta y un gerontólogos están en desacuerdo de no capacitarse para tener una comunicación eficaz, entonces, como menciona Meléndez (2022), la accesibilidad se trata de identificar y eliminar los obstáculos y barreras de acceso, entre otros, a los servicios de información y comunicaciones, “a fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida”.

4.2 Conclusiones

En el presente capítulo se exponen las diversas conclusiones obtenidas de la investigación titulada, “Análisis de las limitantes percibidas por los licenciados en gerontología para atender a personas mayores con discapacidad auditiva”. En relación a los datos sociodemográficos identificados, se puede determinar que, en cuanto a los gerontólogos involucrados en el estudio de la presente investigación existió una mayor participación de las mujeres a diferencia de los hombres. Esto determina que la mayor parte de egresados de gerontología son mujeres. Otro dato sociodemográfico importante es que menos de la mitad de los participantes han tomado alguna preparación extra de temas relacionados a la discapacidad auditiva, lo cual limita sus conocimientos, habilidades y competencias, ya que la totalidad de los participantes mencionaron que el tener mayor conocimiento de esos temas, favorece en poder brindar una atención gerontológica eficaz. Ya que la literatura muestra que las personas con discapacidad auditiva reportan mayores tasas de diabetes, enfermedades cardíacas, depresión, entre otras. Esta población también reporta problemas de acceso a los servicios sanitarios debido a la falta de la disponibilidad de personal sanitario especializado, lo que a su vez se debe en parte a la ausencia de formación dentro de sus programas de estudios. Específicamente las personas con discapacidad auditiva barreras comunicacionales. Existe extensa literatura internacional que aborda estas temáticas, sin embargo, no se reportan estudios nacionales, por lo que se hace necesario generar evidencia con pertinencia local para atender las necesidades de la población con discapacidad sensorial en nuestro país (Campos & Cartes, 2019). Es importante tener presente que causa del envejecimiento, en la vejez, la parte auditiva, es de los sistemas que se ven deteriorados mayormente en las personas mayores, haciendo evidente la importancia de una correcta valoración en la parte auditiva y que no solo se ve afectada la parte físico-fisiológica, si no también, la parte social y psicológica, provocando un aislamiento por parte de las personas mayores y una mala comprensión de la información solicitada y brindada por los gerontólogos, teniendo como consecuencia una poca fiabilidad al momento de realizar una valoración integral, y que esto también puede llegar a provocar una negligencia por parte de los gerontólogos al no tener la preparación necesaria para dar solución a estas limitantes que se presenten durante la atención gerontológica.

Referencias bibliográficas

- Auditio. (2015). La accesibilidad en el entorno para personas con discapacidad auditiva. *Auditio*, (pp. 1-9).
- Bautista, T. P. S. (2018). *De la psicología cognitiva a la neuropsicología*. El Manual Moderno, Editorial.
- Brito, R. S. (2018). *Discapacidad auditiva*.
- Cadena-Iñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas-Cruz, E., Del, F., De La Cruz-Morales, R., & Sangerman-Jarquín, D. M. (s/f). *Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales* Quantitative methods, qualitative methods or combination of research: an approach in the social sciences*. Org.mx. Recuperado el 6 de junio de 2022, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/remexca/v8n7/2007-0934-remexca-8-07-1603-en.pdf>
- Carrasco, G. J. (2015). La Discapacidad Auditiva. Principales y Ayudas Técnicas para la Intervención. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, (pp. 101–113).
- Cambios fisiológicos en el Adulto Mayor*. (2020, marzo 22). Canitas. <https://canitas.mx/guias/cambios-fisiologicos-en-el-adulto-mayor/>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (Ed.). (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud*. Diario Oficial de la Federación.
- Carcaballeda, A. (s/f). *La intervención social* (pp. 96–116).
- Carrillo, R. M. T. (2014). *Modelo de atención gerontológica centrada en la persona para los servicios de salud en México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Castanedo, P.C., Sarabia, C. C.M. (s/f). Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento. En *Enfermería en el Envejecimiento* (pp. 1–7). Creative Commons.
- Cano, C. A., Borda, M. G., Arciniegas, A. J., Parra, J. (2014). *Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE*.
- Cerdán, L. L. (2011). *La evaluación*. Pedagogía Magna

- Consejo Nacional de Población. (2021). *La situación demográfica de México*. Secretaría General del Consejo Nacional de Población.
- Collazo, L. T., Corzon, P. T., Vergas, G. J. J. (s/f). Evaluación del Paciente con Hipoacusia. En *Libro virtual de formación en ORL* (pp. 1–14). SEORL.
- Delors, J. (1997). *La educación encierra un tesoro*. Distrito Federal, México: Ediciones UNESCO.
- División de Educación General del Ministerio de Educación de Chile. (2017). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades Educativas Especiales en el Nivel de Educación Parvularia*.
- Díaz, J. A. M. (2020). *Modelo de Atención Gerontológica*.
- El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales* (pp. 22–38). (s/f).
- Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. (2019). *Revista Médica Chile*, (pp. 1–9).
- Gutiérrez, Luis Miguel El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención Papeles de Población, vol. 5, núm. 19, enero-marzo, 1999, pp. 125-147 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México
- Guzmán, B. F., Parra, C. J. A. (2003). *Diagnóstico de Comunicación Interna, para la Universidad de las Américas-Puebla, elaborada para profesores de tiempo completo*. Universidad de las Américas .
- Gimeno, de la R. P. (2016). *La intervención Social*.
- Hernández, M., Cardona-Muñoz, L., Celis Zapata, L., Iglesias-Acosta, J., Meléndez-Labrador, S., Ospina Guzmán, M., Otero Chate, V., Posso Menco, L., Pozo García, K., Roa Narváez, A., Rodríguez Ortiz, R., Romero-Moreno, M., Vargas-Rosero, E., Viveros Celín, C., & Hernández Olmos, J. (2016). Participación comunitaria y procesos de comunicación en la implementación de programas de reasentamiento de familias dentro del contexto del desarrollo urbano en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 32(3), 528–543. <https://doi.org/10.14482/sun.32.2.9751>
- Hueso, A., & Cascant, J. M. (2012). *Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación*. Universitat Politècnica de València.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*.

Investigación mixta. Qué es y tipos que existen. (2021, abril 14). QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-mixta/>

Idarraga, C. D. A., Rincón, L. M. S., Hoyos, L. M., Ochoa, R. D. A. (2009). Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de literatura. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (pp. 1–15).

Intervenciones de comunicación exitosas para el cuidado a la salud en personas con deficiencia auditiva. (2012). *ENEO-UNAM*, (pp. 57-68).

Idarraga, C. D. A., Rincón, L. M. S., Hoyos, L. M., Ochoa, R. D. A. (2009b). Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de literatura. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (pp. 1-15).

Instituto de la Sordera. (2018). *Manual de atención de salud para personas sordas y con pérdida auditiva en centros de atención primaria en salud.* <https://www.researchgate.net/publication/326463692> Manual de atención de salud para personas sordas y con pérdida auditiva

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (s/f). *La importancia de la gerontología y el papel de las y los gerontólogos.* gob.mx. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-importancia-de-la-gerontologia-y-el-papel-de-las-y-los-gerontologos>

López, O. M., Aranco N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia de México. BID.

Luna, G. D. A. (2015). *Implementación del AVA la kiwi como herramienta de trabajo colaborativo y como fortalecedor de habilidades interpersonales.* Tecnológico de Monterrey.

La Jornada. (2021). En 9 años incrementará más de 2% de población adulta mayor en Hidalgo. *La Jornada*, 1.

Llanes, D. G., Sedano, P. J. (2014). Representación social de prestadores de servicios de salud sobre la discapacidad auditiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral.*, (pp. 26–333).

LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ESTADO DE HIDALGO, 373 1 (2010). http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20los%20Derechos%20de%20los%20Adultos%20Mayores.pdf

Martínez, H. D., Mitchell, M. E., Aguirre, C. G. (s/f). Envejecimiento y atención a la dependencia de México. En *Manual de Medicina Preventiva y Social I* (pp. 1–19).

- Martínez, P., Rubio, M., García, C. y Martínez, M. (2003, noviembre). *Desarrollo de competencias y calidad universitaria*. Trabajo presentado en el V Congreso Internacional de Galicia y Norte de Portugal de Formación para el Trabajo: “Necesidades de formación y desarrollo curricular por competencias”, Santiago de Compostela, España.
- Melendez, S. (2021). El lugar de la lengua de señas como lengua minoritaria en la Accesibilidad Comunicativa Universal. *Anuario electrónico de estudios en Comunicación Social Disertaciones*, 15(1).<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/disertacion/es/a.10127>
- Norori, L. M. (2016). *Texto Básico de Geriatría y Gerontología*.
- Rojas, P. M. M., Hernández, S. P., Martínez, R. L. M. (2014). Gerontología y Geriatría, un recuento de poco más de un siglo. *Acta Médica del Centro* /, 8(1), 95–98.
- Ramírez Barba, M. del R. (2015). *Marco Legal para la atención de los pacientes con discapacidad auditiva (estudio en población mexicana)*.
<http://ru.ffyl.unam.mx/handle/10391/4803>
- (S/f). Rae.es. Recuperado el 23 de mayo de 2022, de <https://dle.rae.es/comunicaci%C3%B3n>
- Rodríguez, M. T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial Sobre El Envejecimiento Y La Salud*.
- Pérdida de audición en los adultos mayores*. (s/f). NIDCD. Recuperado el 20 de mayo de 2022, de <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/perdida-de-audicion-en-los-adultos-mayores>
- Población. Discapacidad*. (s/f). Org.mx. Recuperado el 23 de mayo de 2022, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
- Presbiacusia. (2016). *LA REVISTA DE SALUD DEL CASMU*, (pp. 1–3).
- Pacheco, G. L. (2015). *El complejo mundo de la discapacidad auditiva*. Universidad de La laguna.
- Puerto, G. R. (2020). *Lengua de señas mexicana como herramienta de comunicación para la inclusión social de las personas con discapacidad auditiva*.

Qué es la sordera. (s/f). Fiapas.es. Recuperado el 23 de mayo de 2022, de <http://www.fiapas.es/que-es-la-sordera>

Qué es la hipoacusia. Causas, tipos y síntomas. (s/f). Audifon.es. Recuperado el 23 de mayo de 2022, de <https://audifon.es/atencion-paciente/faqs/cual-es-la-diferencia-entre-hipoacusia-y-sordera/>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud, (2014) (testimony of Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Santos, G. D. V. (2012). *Fundamentos de la comunicación*. Red Tercer Milenio.

Sampieri, H. R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill Education.

SEDESOL. (2017). *Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante*.

Sordera y pérdida de la audición. (s/f). Who.int. Recuperado el 23 de mayo de 2022, de <https://www.who.int/es/health-topics/hearing-loss>

Sosa, A., Álvarez, C., Vacarezza, M., & Vignolo, J. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud*.

Tamayo, M. (2002). *El Proceso de la investigación científica*. Limusa.

Tobón, S. (2004). *Formación basada en competencias. Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica*. Bogotá, Colombia: ECOE.

Tovar, L. A. (2001). LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LAS LENGUAS DE SEÑAS. *Universidad del Valle*, 28, (pp. 42-61).

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (2009). Programa Educativo de la Licenciatura en Gerontología. [Archivo PDF].

UAEH. (2012). *Plan de Desarrollo Institucional 2012-2017*. Pachuca, México: UAEH.

UAEH. (2013). Población por nivel educativo y escuela/instituto. *Dirección General de Planeación* (1). Recuperado de: <http://intranet.uaeh.edu.mx/DGP/estadisticas/index.html>

Universidad Autónoma de Madrid. (s/f). Uam.es. Recuperado el 24 de mayo de 2022, de http://www.uam.es/ss/Satellite/es/1234886378847/1234886407972/generico/genrico/Fundacion_de_la_Universidad_Autonoma_de_Madrid_

Villa, A. y Poblete, M. (2007). *Aprendizaje basado en competencias: una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. España: Universidad de Deusto.

World Health Organization. (2011). *Informe Mundial Sobre La Discapacidad*. World Health Organization.

ANEXOS



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Área Académica de Gerontología



El presente es un estudio realizado por parte de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, con el propósito de recopilar información, acerca de las limitantes percibidas por los licenciados en Gerontología de la UAEH en la atención gerontológica de las personas mayores con discapacidad auditiva.

Es por ello que se le hace una atenta invitación para que participe dentro del estudio como voluntario. Toda la información es confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones.

La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines exclusivamente de investigación, para poder crear el análisis acerca de las áreas de oportunidad que tiene la gerontología en relación a la atención de personas mayores con discapacidad auditiva.

Nos interesa su participación voluntaria, y la honestidad de sus respuestas, ya que con ello permitirá que los resultados sean válidos y confiables, para lo cual le damos de antemano nuestro sincero agradecimiento.

Firma del Participante

Acepto participar

Lugar y fecha

Anexo B. Datos sociodemográficos y cuestionario



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Área Académica de Gerontología



El siguiente cuestionario forma parte de un estudio para obtener el grado de licenciatura y su objetivo es únicamente conocer la opinión los gerontólogos sobre las limitantes percibidas durante la atención gerontológica de las personas mayores con discapacidad auditiva, por lo que su participación es anónima y sus respuestas serán confidenciales.

País: _____ **Estado/Provincia:** _____

Sexo: Femenino () Masculino () **Fecha:** _____

Edad: _____ (años)

Estado Civil:

Soltero () Casado () En unión libre o concubinato ()
Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()

Licenciatura: _____

Otra (Especificar cual): _____

Nivel Máximo de estudios:

Profesional () Especialidad () Maestría () Doctorado ()

Cursos/Talleres de Educación Continua:

Si () No ()

Alguno de esos cursos está relacionado con la discapacidad auditiva en personas mayores:

Si () No ()

En caso afirmativo, especifique el nombre del (los) curso (s):

¿En donde labora actualmente?

Empleado sector público () ¿cuál? _____

Empleado sector privado () ¿cuál? _____

Emprendedor () ¿cuál? _____

¿Cuánto tiempo lleva laborando?

1 – 2 años () 3-5 años () 5 años o más ()

Fecha de ingreso:

Día _____ Mes _____ Año _____

¿Ha atendido a personas mayores con discapacidad auditiva?

Si () No ()

¿Por qué? _____

Instrucciones II. Para responder la encuesta, por favor conteste con la mayor sinceridad posible a cada oración, marcando con una X dentro del paréntesis, la opción que mejor refleje su opinión y experiencia. Para ello, considere la siguiente escala:

5 = Totalmente de acuerdo.

4 = De acuerdo.

3 = Ni de acuerdo ni desacuerdo.

2 = En desacuerdo.

1 = Totalmente en desacuerdo.

1. Considero que es importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.
() 3 Totalmente de acuerdo
() 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
() 1 Totalmente en desacuerdo

2. Mi preparación durante la licenciatura fue suficiente para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva en mi trabajo.
() 3 Totalmente de acuerdo
() 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
() 1 Totalmente en desacuerdo

3. Durante mi formación como gerontólogo (a), tuve alguna asignatura o curso donde se abordará, de manera puntual, la discapacidad auditiva.
() 3 Totalmente de acuerdo
() 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
() 1 Totalmente en desacuerdo

4. Durante la licenciatura, desarrollé las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que me permiten evaluar eficazmente la discapacidad auditiva.
 3 Totalmente de acuerdo
 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 1 Totalmente en desacuerdo
5. Mi preparación me permite el poder realizar una evaluación integral a una persona mayor con discapacidad auditiva.
 3 Totalmente de acuerdo
 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 1 Totalmente en desacuerdo
6. Considero que es importante que un programa educativo de gerontología, incluya contenidos para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.
 3 Totalmente de acuerdo
 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 1 Totalmente en desacuerdo
7. Los cursos de educación continua que he tomado, son suficientes para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.
 3 Totalmente de acuerdo
 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 1 Totalmente en desacuerdo
8. Durante mi ejercicio profesional como gerontólogo, no he podido brindar intervenciones de calidad a personas mayores con discapacidad auditiva.
 3 Totalmente de acuerdo
 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 1 Totalmente en desacuerdo
9. Durante los cursos de educación continua tomados, desarrollé las habilidades necesarias para aplicar instrumentos que me permitan evaluar eficazmente la discapacidad auditiva en personas mayores.
 3 Totalmente de acuerdo
 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 1 Totalmente en desacuerdo
10. Mi preparación en cursos de educación continua me permite poder realizar una evaluación integral a personas mayores con discapacidad auditiva.
 3 Totalmente de acuerdo
 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 1 Totalmente en desacuerdo
11. Mi preparación en cursos de educación continua, me permite brindar intervenciones adecuadas para personas mayores con discapacidad auditiva.

- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
12. Considero que no estoy capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
13. Durante mi ejercicio profesional como gerontólogo, he podido brindar intervenciones de calidad a personas mayores con discapacidad auditiva.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
14. Mi preparación en cursos de educación continua es insuficiente para brindar intervenciones adecuadas para personas mayores con discapacidad auditiva.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
15. Durante la atención a personas mayores con discapacidad auditiva, se han presentado dificultades para realizar una correcta valoración.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
16. Pude resolver las problemáticas presentadas durante la atención gerontológica a personas mayores con discapacidad auditiva.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
17. Considero que una comunicación inadecuada durante la atención gerontológica, no representa una limitante para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
18. Considero que no es necesario capacitarse para tener una comunicación eficaz con personas mayores con discapacidad auditiva.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo

19. Mis conocimientos me permiten diferenciar adecuadamente entre hipoacusia, presbiacusia y sordera (niveles de pérdida auditiva).
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
20. Durante la licenciatura, no conté con la suficiente preparación para poder atender a personas mayores con discapacidad auditiva en mi trabajo.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
21. Conozco y estoy familiarizado con la lengua de señas mexicana.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
22. Mis conocimientos sobre la lengua de señas mexicana, me permiten, por lo menos, identificar saludos, abecedario u otras señas básicas de comunicación.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
23. Considero que estoy capacitado para brindar intervenciones a personas mayores con discapacidad auditiva de manera eficaz.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
24. Durante la atención gerontológica a personas mayores con discapacidad auditiva, se han presentado dificultades que no he podido resolver satisfactoriamente.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
25. Considero importante analizar las limitantes que se pueden tener como gerontólogos para brindar una atención óptima a las personas mayores que presentan discapacidad auditiva.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
26. Creo que no es tan importante contar con las competencias necesarias para atender a personas mayores con discapacidad auditiva.

- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
27. Estoy consciente de que una mala comunicación puede ser una limitante en la atención brindada a personas mayores con discapacidad auditiva.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
28. Creo que un programa educativo de gerontología, no requiere incluir contenidos específicos para que el egresado pueda atender a personas mayores con discapacidad auditiva.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
29. Considero que elementos como la falta de empatía, la presencia de barreras en la comunicación, el no contar con un espacio adecuado y una capacitación adecuada para la comunicación con personas mayores con discapacidad auditiva, son limitantes para una adecuada atención gerontológica.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo
30. Considero que este tipo de investigación ayuda a crear estrategias para mejorar mis competencias como gerontólogo.
- 3 Totalmente de acuerdo
 - 2 Ni de acuerdo ni desacuerdo
 - 1 Totalmente en desacuerdo

Anexo C. TABLA DE COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN GERONTOLOGÍA

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Fomento de la Salud							
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel 1	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>Comprensión de los procesos biogerontológicos y su aplicación para el fomento de la salud</p> <p>El estudiante de la Licenciatura en Gerontología podrá identificar la complejidad de los procesos biogerontológicos del adulto senescente a través de la exploración de las diversas teorías sobre el envejecimiento vinculadas a la morfología y fisiología de los aparatos y sistemas del cuerpo humano, a fin de caracterizar los aspectos de la evolución, involución y cambios naturales y patológicos del envejecimiento</p>	Define	Los aparatos y sistemas del cuerpo humano.	A fin de identificar y describir la fisiología y morfología de los mismos.	<p>Nivel 1</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Basándose en principios teóricos de la Gerontología, y las ciencias de la salud, demuestra un dominio de los contenidos básicos sobre el proceso de envejecimiento primario y secundario a través del ciclo vital</p> <p>b) Autonomía Baja responsabilidad y autonomía, necesita supervisión.</p> <p>c) Complejidad Afronta situaciones sencillas y resuelve problemas habituales en contextos estructurados.</p>	Declarativo	<p>1. Define conceptos y categorías de la Gerontología, y las ciencias de la salud que contribuyen a su formación teórica y metodológica en un primer nivel de construcción de conocimientos básicos de formación necesaria para integrarlos a conocimientos y procedimientos aun más complejos.</p> <p>2. Identifica los principales conceptos de la Gerontología, y las ciencias de la salud.</p> <p>3. Describe hechos, teorías y modelos, en el campo de conocimiento interdisciplinar de la Gerontología y las ciencias de la salud siguiendo el modelo biopsicosocial para comprender la influencia de factores socioculturales en la evolución e involución de la salud del adulto mayor</p>	<p>Define cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enuncia diversas definiciones de un mismo concepto. • Determina posiciones teóricas de cada definición. • Selecciona invariantes de cada concepto. <p>Identifica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distingue las categorías, términos, y elementos básicos de la Gerontología y de las ciencias de la salud <p>Describe cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determina el objeto a describir • Observa, imagina, modela el objeto.

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>1. comprensión de los procesos biogerontológicos y su aplicación para el fomento de la salud</p> <p>Es el conocimiento de los fundamentos teóricos de las ciencias de la salud, aplicados a la Gerontología para abordar de manera interdisciplinar los procesos de salud-enfermedad-bienestar del adulto mayor</p>	Analiza	La fisiología y morfología de los aparatos y sistemas del cuerpo humano y los cambios que presenta a lo largo del ciclo vital.	A fin de caracterizar los aspectos de la evolución, involución y cambios naturales y patológicos del envejecimiento.	<p>Nivel 2</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Selecciona la información más importante de la situación de forma sistemática y fluida, aplicándola con eficacia a casos específicos</p> <p>b) Autonomía Alta responsabilidad y autonomía. Requiere controlar y supervisar a terceros. Asume riesgos y toma decisiones.</p> <p>c) Complejidad Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad.</p>	Conceptual	<p>1. Analiza y sintetiza teorías, paradigmas, categorías, regularidades y procesos para determinar cuáles son aplicables a determinado sistema humano, a partir de identificar su fisiología y morfología</p> <p>2. Compara y sintetiza las diferentes teorías y modelos que integran a la gerontología y las ciencias de la salud definiendo los diferentes conceptos que integran los diversos marcos teóricos de la Gerontología, así como los modelos para explicar características relevantes del desarrollo bio-psico-social del adulto mayor y dar solución a problemas de la profesión.</p>	<p>Analiza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determina los límites del objeto del conocimiento básico a analizar en el campo de la Gerontología como un todo. Determina los criterios de descomposición del todo en sus partes. Delimita cada una de las partes del todo. Estudia cada una de las partes delimitadas. Aprueba cada una de las relaciones entre una parte y otras con el todo (objeto de estudio). <p>Compara cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determina objetos de comparación. Determina las líneas o parámetros de comparación. Determina las diferencias y semejanzas entre los objetos de cada línea de comparación. Elabora conclusiones acerca de cada línea de comparación (síntesis parcial). <p>Sintetiza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compara las partes del todo entre sí (rasgos comunes y diferencias). Descubre nexos en cada una de las partes (causales, de condicionalidad y de coexistencia) Elabora conclusiones acerca de la integridad del todo).

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>1. Comprensión de los procesos biogerontológicos y su aplicación para el fomento de la salud</p> <p>Es el conocimiento de los fundamentos teóricos de las ciencias de la salud, aplicados a la Gerontología para abordar de manera interdisciplinar los procesos de salud-enfermedad-bienestar del adulto mayor</p>	Aplica	Los conceptos y principios teóricos sobre la fisiología y morfología del cuerpo humano en el proceso de envejecimiento	A fin de detectar los principales problemas de salud del adulto mayor.	<p>Nivel 3</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Anticipa, planifica y diseña de manera creativa respuestas y soluciones a situaciones complejas</p> <p>b) Autonomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de autonomía personal. • Responsabilidad por el trabajo de otros. • Responsabilidad análisis, diagnóstico, diseño, planeación. • Asume riesgos y emprende actuaciones con total independencia <p>c) Complejidad Competencias en actividades y situaciones complejas de trabajo (técnicas o profesionales) desempeñadas en una amplia variedad de contextos, a menudo impredecibles. Halla soluciones integrales y globales. Tiene muy en cuenta las interrelaciones y la transferibilidad de las mismas.</p>	Aplicado y Actitudinal	<p>1. Planea, evalúa y toma decisiones para solucionar problemas complejos, relacionados con la salud y bienestar del adulto mayor, de manera interdisciplinaria basada en los modelos de la Gerontología.</p> <p>2. Mantiene un liderazgo colaborativo y solidario trabajando en equipos multi e interdisciplinarios con responsabilidad ético-social, a fin de dar respuestas integrales a los problemas multifactoriales de salud que presenta el adulto mayor.</p> <p>3. Resuelve problemas de la profesión de forma creativa, en diversos contextos y escenarios</p>	<p>Planea cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica prioridades • Anticipa eventos • Diseña planes de trabajo <p>Evalúa cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostiene con evidencias • Establece el uso, la meta, de lo que se va a realizar y el modelo en el cual apoyarse para juzgar el valor de una cosa • Estima el valor de una teoría, modelo u acción para su aplicación a casos concretos. <p>Toma decisiones cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jerarquiza • Ordena prioridades • Asume consecuencias • Realiza juicios de valor para discernir sobre las cosas y acciones a realizar • Toma riesgos <p>Lidera cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabaja en equipo • Mantiene una actitud solidaria y cooperativa. • Coordina acciones • Delega funciones • Se comporta responsablemente <p>Resuelve problemas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determina, razona, crea • Tiene visión para generar diferentes alternativas

Competencia Acompañamiento	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>2. Acompañamiento psicogerontológico</p> <p>Es el conocimiento y aplicación de los fundamentos teóricos, y modelos de evaluación e intervención de la psicogerontología, desde una perspectiva dinámica-humanista, para prevención, y atención de los problemas psicosociales del adulto mayor.</p>	Define	Los procesos psicobiológicos y cognitivos, así como los aspectos psicoafectivos que se presentan a lo largo del ciclo vital	A fin de identificar y describir las características de dichos procesos y aspectos en el adulto mayor.	<p>Nivel 1</p> <p>Dimensiones:</p> <p>b) Profundización Basándose en principios teóricos de la psicogerontología, demuestra un dominio de los procesos y conceptos psicológicos básicos que intervienen en el proceso de envejecimiento a través del ciclo vital</p> <p>b) Autonomía Baja responsabilidad y autonomía, necesita supervisión.</p> <p>c) Complejidad Afronta situaciones sencillas y resuelve problemas habituales en contextos estructurados.</p>	Declarativo	<p>1. Define procesos, conceptos y categorías de la psicogerontología, que contribuyen a su formación teórica en un primer nivel de construcción de conocimientos básicos de formación necesaria para integrarlos a conocimientos y procedimientos aun más complejos.</p> <p>2. Identifica los principales conceptos de la psicogerontología que intervienen en los procesos psicobiológicos, cognitivos y afectivos.</p> <p>3. Describe hechos, teorías y modelos, en el campo de conocimiento interdisciplinar de la psicogerontología siguiendo el modelo biopsicosocial para comprender la influencia de factores socioculturales en la evolución e involución de la salud mental del adulto mayor.</p>	<p>Define cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enuncia diversas definiciones de un mismo concepto. • Determina posiciones teóricas de cada definición. • Selecciona invariantes de cada concepto. <p>Identifica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distingue las categorías, términos, y elementos básicos de los procesos psicobiológicos, cognitivos y afectivos según diferentes teorías. <p>Describe cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determina el objeto a describir • Observa, imagina, modela el objeto.

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>2. Acompañamiento psicogerontológico</p> <p>Es el conocimiento y aplicación de los fundamentos teóricos, y modelos de evaluación e intervención de la psicogerontología, desde una perspectiva dinámica-humanista, para prevención, y atención de los problemas psicosociales del adulto mayor.</p>	Analiza	Los procesos psicopatológicos que se presentan en la vejez	A fin de identificar los principales trastornos neurológicos y emocionales y caracterizar los aspectos de la evolución, involución y cambios naturales y psicopatológicos del envejecimiento	<p>Nivel 2</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Selecciona la información más importante de la teoría de forma sistemática y fluida, aplicándola a la identificación de la nosología psicopatológica senescente</p> <p>b) Autonomía Alta responsabilidad y autonomía. Requiere controlar y supervisar a terceros. Asume riesgos y toma decisiones.</p> <p>c) Complejidad Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad.</p>	Conceptual	<p>1. Analiza y sintetiza teorías, paradigmas, categorías, regularidades y procesos para determinar cuáles son característicos de la psicopatología que puede presentar el adulto mayor.</p> <p>2. Compara y sintetiza las diferentes teorías y modelos que integran a la psicogerontología, definiendo los diferentes conceptos que caracterizan a los trastornos neurológicos y emocionales de la etapa senescente, a fin de dar solución a problemas de la profesión.</p>	<p>Analiza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determina los límites del objeto del conocimiento básico a analizar en el campo de la Gerontología como un todo. Determina los criterios de descomposición del todo en sus partes. Delimita cada una de las partes del todo. Estudia cada una de las partes delimitadas. Aprecia cada una de las relaciones entre una parte y otras con el todo (objeto de estudio). <p>Compara cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determina objetos de comparación. Determina las líneas o parámetros de comparación. Determina las diferencias y semejanzas entre los objetos de cada línea de comparación. Elabora conclusiones acerca de cada línea de comparación (síntesis parcial). <p>Sintetiza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compara las partes del todo entre sí (rasgos comunes y diferencias). Descubre nexos en cada una de las partes (causales, de condicionalidad y de coexistencia) Elabora conclusiones acerca de la integridad del todo).

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>2. Acompañamiento psicogerontológico</p> <p>Es el conocimiento y aplicación de los fundamentos teóricos, y modelos de evaluación e intervención de la psicogerontología, desde una perspectiva dinámica-humanista, para prevención, y atención de los problemas psicosociales del adulto mayor.</p>	Aplicar	Las teorías y modelos de la psicogerontología en las áreas diagnóstica, de atención e intervención	A fin de detectar los principales problemas de salud mental del adulto mayor y proporcionar orientación y acompañamiento.	<p>Nivel 3</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Anticipa, planifica y diseña de manera creativa respuestas y soluciones a situaciones complejas</p> <p>b) Autonomía • Alto grado de autonomía personal. • Responsabilidad por el trabajo de otros. • Responsabilidad análisis, diagnóstico, diseño, planeación. • Asume riesgos y emprende actuaciones con total independencia</p> <p>c) Complejidad Competencias en actividades y situaciones complejas de trabajo (técnicas o profesionales) desempeñadas en una amplia variedad de contextos, a menudo impredecibles. Halla soluciones integrales y globales. Tiene muy en cuenta las interrelaciones y la transferibilidad de las mismas.</p>	Aplicado y Actitudinal	<p>1. Planea, evalúa y toma decisiones para solucionar problemas complejos, relacionados con la salud mental y bienestar del adulto mayor, de manera interdisciplinaria basada en los modelos de la psicogerontología.</p> <p>2. Mantiene un liderazgo colaborativo y solidario trabajando en equipos multi e interdisciplinarios con responsabilidad ético-social, a fin de dar respuestas integrales a los problemas multifactoriales de salud mental que presenta el adulto mayor.</p> <p>3. Resuelve problemas de la profesión de forma creativa, en diversos contextos y escenarios.</p>	<p>Planea cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica prioridades • Anticipa eventos • Diseña planes de trabajo <p>Evalúa cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostiene con evidencias • Establece el uso, la meta, de lo que se va a realizar y el modelo en el cual apoyarse para juzgar el valor de una cosa • Estima el valor de una teoría, modelo u acción para su aplicación a casos concretos. <p>Toma decisiones cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jerarquiza • Ordena prioridades • Asume consecuencias • Realiza juicios de valor para discernir sobre las cosas y acciones a realizar • Toma riesgos <p>Lidera cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabaja en equipo • Mantiene una actitud solidaria y cooperativa. • Coordina acciones • Delega funciones • Se comporta responsablemente <p>Resuelve problemas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determina, razona, crea • Tiene visión para generar diferentes alternativas

Competencia Orientación	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>3. Fomento de Habilidades para el envejecimiento activo</p> <p>Es el conocimiento y aplicación de los fundamentos teóricos-metodológicos y de intervención de las ciencias sociales aplicados a la gerontología social, para la atención de los problemas socioeconómicos, culturales, políticos y legales del adulto mayor.</p>	Define	Los fundamentos teóricos de la gerontología social, así como los procesos socioeconómicos, culturales y de salud en el ámbito societal y familiar del adulto mayor.	A fin de identificar los factores sociales que inciden en el proceso de envejecimiento secundario y que impactan en la calidad de vida.	<p>Nivel 1</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Basándose en principios teóricos de la Gerontología social y las ciencias sociales y de la salud en general, demuestra un dominio de los contenidos básicos de los aspectos sociales que intervienen en el proceso de envejecimiento secundario</p> <p>b) Autonomía Baja responsabilidad y autonomía, necesita supervisión.</p> <p>c) Complejidad Afronta situaciones sencillas y resuelve problemas habituales en contextos estructurados.</p>	Saber Declarativo	<p>1. Define conceptos y categorías de la gerontología social, en un primer nivel de construcción de conocimientos básicos necesarios para integrarlos a conocimientos y procedimientos aun más complejos.</p> <p>2. Identifica los principales conceptos de la gerontología social.</p> <p>3. Describe hechos, teorías y modelos, en el campo de conocimiento interdisciplinar de la gerontología siguiendo el modelo biopsicosocial para comprender la influencia de los factores socioculturales en el proceso de envejecimiento.</p>	<p>Define cuando:</p> <p>b) Enuncia diversas definiciones de un mismo concepto.</p> <p>c) Determina posiciones teóricas de cada definición.</p> <p>d) Selecciona invariantes de cada concepto.</p> <p>Identifica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Distingue las categorías, términos, y elementos básicos de los procesos psicobiológicos, cognitivos y afectivos según diferentes teorías. <p>Describe cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determina el objeto a describir Observa, imagina, modela el objeto.

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>3. Fomento de Habilidades para el envejecimiento activo</p> <p>Es el conocimiento y aplicación de los fundamentos teóricos-metodológicos y de intervención de las ciencias sociales aplicados a la gerontología social, para la atención de los problemas socioeconómicos, culturales, ambientales, políticos y legales del adulto mayor.</p>	Analiza	Los factores ambientales, de organización y educativos dentro de los diferentes hábitat por lo que transita el adulto mayor.	Para el fomento de espacios idóneos y el desarrollo de las habilidades sociales que optimicen las oportunidades de salud, participación y seguridad del adulto mayor.	<p>Nivel 2</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Selecciona la información más importante de teorías, modelos y conceptos de forma sistemática y fluida, aplicándola a la identificación de diversos factores que contribuyan al mantenimiento óptimo de la calidad de vida del adulto mayor.</p> <p>b) Autonomía Alta responsabilidad y autonomía. Requiere controlar y supervisar a terceros. Asume riesgos y toma decisiones.</p> <p>c) Complejidad Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad.</p>	Conceptual	<p>1. Analiza y sintetiza teorías, conceptos y modelos para determinar que factores incluir en el fomento de calidad de vida del adulto mayor</p> <p>2. Compara y sintetiza las diferentes teorías, conceptos y modelos que integran a la gerontología social, a fin de identificar aquellos factores que contribuyan al bienestar del adulto mayor.</p>	<p>Analiza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determina los límites del objeto del conocimiento básico a analizar en el campo de la Gerontología como un todo. Determina los criterios de descomposición del todo en sus partes. Delimita cada una de las partes del todo. Estudia cada una de las partes delimitadas. Aprecia cada una de las relaciones entre una parte y otras con el todo (objeto de estudio). <p>Compara cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determina objetos de comparación. Determina las líneas o parámetros de comparación. Determina las diferencias y semejanzas entre los objetos de cada línea de comparación. Elabora conclusiones acerca de cada línea de comparación (síntesis parcial). <p>Sintetiza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compara las partes del todo entre sí (rasgos comunes y diferencias). Descubre nexos en cada una de las partes (causales, de condicionalidad y de coexistencia) Elabora conclusiones acerca de la integridad del todo).

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>3. Fomento de Habilidades para el envejecimiento activo</p> <p>Es el conocimiento y aplicación de los fundamentos teóricos-metodológicos y de intervención de las ciencias sociales aplicados a la gerontología social, para la atención de los problemas socioeconómicos, culturales, ambientales, políticos y legales del adulto mayor.</p>	Aplicar	Las teorías, modelos y conceptos de la gerontología social y de las ciencias sociales en general a las problemáticas de orden político y legal vinculadas al envejecimiento	A fin de detectar y coadyuvar en la generación de alternativas que fortalezcan la calidad de vida del adulto mayor.	<p>Nivel 3</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Anticipa, planifica y diseña de manera creativa respuestas y soluciones a situaciones complejas</p> <p>b) Autonomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de autonomía personal. • Responsabilidad por el trabajo de otros. • Responsabilidad análisis, diagnóstico, diseño, planeación. • Asume riesgos y emprende actuaciones con total independencia <p>c) Complejidad Competencias en actividades y situaciones complejas de trabajo (técnicas o profesionales) desempeñadas en una amplia variedad de contextos, a menudo impredecibles. Halla soluciones integrales y globales. Tiene muy en cuenta las interrelaciones y la transferibilidad de las mismas.</p>	Aplicado y Actitudinal	<p>1. Planea, evalúa y toma decisiones para solucionar problemas complejos, relacionados con orden político y legal que impactan el bienestar del adulto mayor, de manera interdisciplinaria basada en los modelos de la gerontología social</p> <p>2. Mantiene un liderazgo colaborativo y solidario trabajando en equipos multi e interdisciplinarios con responsabilidad ético-social, a fin de dar respuestas integrales a los problemas multifactoriales de tipo político y legal que enfrenta el adulto mayor.</p> <p>3. Resuelve problemas de la profesión de forma creativa, en diversos contextos y escenarios.</p>	<p>Planea cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica prioridades • Anticipa eventos • Diseña planes de trabajo <p>Evalúa cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostiene con evidencias • Establece el uso, la meta, de lo que se va a realizar y el modelo en el cual apoyarse para juzgar el valor de una cosa • Estima el valor de una teoría, modelo u acción para su aplicación a casos concretos. <p>Toma decisiones cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jerarquiza • Ordena prioridades • Asume consecuencias • Realiza juicios de valor para discernir sobre las cosas y acciones a realizar • Toma riesgos <p>Lidera cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabaja en equipo • Mantiene una actitud solidaria y cooperativa. • Coordina acciones • Delega funciones • Se comporta responsablemente <p>Resuelve problemas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determina, razona, crea. • Tiene visión para generar diferentes alternativas

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Evaluación integral gerontológica	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>4. Evaluación integral gerontológica</p> <p>Es la aplicación interdisciplinaria de los diversos métodos de las ciencias gerontológicas y de la salud para evaluar los procesos bio-psico-sociales del viejo, la vejez y el envejecimiento.</p>	Evalúa	El contexto sociofamiliar del adulto mayor	A fin de contar con un diagnóstico situacional del sistema familiar y el contexto socioeconómico en el que se ubica el adulto mayor.	<p>Nivel 1</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Basándose en principios teóricos-conceptuales de la psicogerontología y gerontología social demuestra la habilidad para aplicarlos en el proceso de evaluación psicosocial del adulto mayor.</p> <p>b) Autonomía Baja responsabilidad y autonomía, necesita supervisión.</p> <p>c) Complejidad Afronta situaciones sencillas y resuelve problemas habituales en contextos estructurados.</p>	Aplicado y Actitudinal	<p>1. Planea, evalúa y toma decisiones para solucionar problemas complejos, relacionados con orden político y legal que impactan el bienestar del adulto mayor, de manera interdisciplinaria basada en los modelos de la gerontología social</p> <p>2. Mantiene un liderazgo colaborativo y solidario trabajando en equipos multi e interdisciplinarios con responsabilidad ético-social, a fin de dar respuestas integrales a los problemas multifactoriales de tipo político y legal que enfrenta el adulto mayor.</p> <p>3. Resuelve problemas de la profesión de forma creativa, en diversos contextos y escenarios.</p>	<p>Planea cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifica prioridades Anticipa eventos Diseña planes de trabajo <p>Evalúa cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sostiene con evidencias Establece el uso, la meta, de lo que se va a realizar y el modelo en el cual apoyarse para juzgar el valor de una cosa Estima el valor de una teoría, modelo u acción para su aplicación a casos concretos. <p>Toma decisiones cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jerarquiza Ordena prioridades Asume consecuencias Realiza juicios de valor para discernir sobre las cosas y acciones a realizar Toma riesgos <p>Lidera cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trabaja en equipo Mantiene una actitud solidaria y cooperativa. Coordina acciones Delega funciones Se comporta responsablemente <p>Resuelve problemas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determina, razona, crea. <ul style="list-style-type: none"> Tiene visión para generar diferentes alternativas

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>4. Evaluación integral gerontológica</p> <p>Es la aplicación interdisciplinaria de los diversos métodos de las ciencias gerontológicas y de la salud para evaluar los procesos bio-psico-sociales del viejo, la vejez y el envejecimiento</p>	Evalúa	Los aspectos funcionales y psicológicos vinculados al estilo de vida del adulto mayor	A fin de contar con un diagnóstico biopsicosocial de su calidad de vida.	<p>Nivel 2</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Selecciona la información más importante de teorías, modelos y técnicas de forma sistemática y fluida, aplicándola a la identificación de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyan a la detección del nivel de funcionalidad, capacidad cognitiva y social del adulto mayor.</p> <p>b) Autonomía Alta responsabilidad y autonomía. Requiere controlar y supervisar a terceros. Asume riegos y toma decisiones.</p> <p>c) Complejidad Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad.</p>	Declarativo, Aplicado y Actitudinal	<p>1. Caracteriza los métodos y técnicas de evaluación funcional, psicológica y social en el contexto de la gerontología, para comparar su pertinencia y factibilidad antes los diferentes sujetos y contextos, reconociendo la postura ética a seguir.</p> <p>2. Explica los métodos y técnicas de evaluación gerontológica, a fin de determinar su uso en un problema seleccionado en el contexto biopsicosocial.</p> <p>3. Compara los diferentes métodos y técnicas de evaluación gerontológica, detectando la correspondencia entre estos.</p> <p>4. Detecta inconsistencias en la evaluación gerontológica.</p> <p>5. Ilustra un método o técnicas diversas con ejemplos concretos de evaluación gerontológica como se obtiene un diagnóstico biopsicosocial gerontológico.</p> <p>6. Interpreta una evaluación gerontológica biopsicosocial con fundamentos teórico-metodológicos.</p>	<p>Caracteriza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Caracteriza la situación y sujeto-objeto concreto de estudio en que se pretende aplicar el método y técnica de evaluación gerontológica. <p>Explica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Interrelaciona los conocimientos adquiridos sobre evaluación gerontológica con las características del sujeto-objeto de estudio. Valora el uso de cada método y técnica de evaluación. Determina el uso de los diferentes métodos y técnicas de evaluación gerontológica a partir de un problema seleccionado en el contexto biopsicosocial. <p>Compara cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compara los métodos y técnicas atendiendo los criterios de caracterización. Selecciona los elementos que lo diferencian y lo tipifican. <p>Detecta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valora la efectividad teórico-metodológica al momento de considerar su implementación en la evaluación gerontológica de una situación y contexto determinado. <p>Ilustra cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Confirma el dominio de los conocimientos (métodos y técnicas) que se pretenden aplicar al sujeto-objeto de estudio con bases en ejemplos claros y concretos. <p>Interpreta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elabora y comunica de manera oral y escrita los resultados del proceso de evaluación diagnóstica gerontológica biopsicosocial.

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>4. Evaluación integral gerontológica</p> <p>Es la aplicación interdisciplinaria de los diversos métodos de las ciencias gerontológicas y de la salud para evaluar los procesos bio-psico-sociales del viejo, la vejez y el envejecimiento</p>	Evaluar y Aplicar	La condición de salud del adulto mayor desde el modelo ecológico biopsicosocial	A fin de contar con un diagnóstico diferencial integral, que permita detectar necesidades de habilitación y rehabilitación gerontológica requerida por el adulto mayor, para el sostenimiento y mejoramiento de su calidad de vida mediante la aplicación de las diversas estrategias que plantea la terapia ocupacional.	<p>Nivel 3</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización. Anticipa, planifica, diseña, demanera creativa respuestas y soluciones a situaciones complejas.</p> <p>b) Autonomía Alto grado de autonomía personal. Responsabilidad por el trabajo de otros. Responsabilidad en análisis, diagnóstico, diseño, planeación, ejecución y evaluación. Asume riesgos y emprende actuaciones con total independencia.</p> <p>c) Complejidad Competencias en actividades y situaciones complejas de trabajo (técnicas o profesionales) desempeñadas en una amplia variedad de contextos, a menudo impredecibles. Halla soluciones integrales y globales. Tiene muy en cuenta las interrelaciones y la transferibilidad de las mismas.</p>	Declarativo, Aplicado y Actitudinal	<p>1. Ejecuta con base a la teoría, un método y/o técnica e instrumentos de evaluación, habilitación y rehabilitación a un caso conocido o ejemplificado.</p> <p>2. Implementa el uso de técnicas y métodos de evaluación integral, habilitación y rehabilitación gerontológica, en situaciones y sujetos diversos.</p> <p>3. Con base a los conocimientos teórico-metodológicos, critica las inconsistencias de una evaluación integral, así como de una habilitación o rehabilitación gerontológica, para atender un problema dado.</p>	<p>Ejecuta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplica las principales teorías respecto al estado de salud integral de los adultos mayores en la conceptualización de un caso concreto. • Establece el tipo de terapia ocupacional que se requiere para habilitar o rehabilitar algunas funciones biopsicosociales que requiere el adulto mayor mediante métodos apropiados. <p>Implementa cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y aplica diversos métodos y técnicas de evaluación, habilitación y rehabilitación gerontológica para detectar, diagnosticar e integrar casos y proponer programas de intervención basados en la terapia ocupacional adecuada a los problemas que presenta el adulto mayor, adoptando una actitud ética. • Propone las técnicas y métodos apropiados para evaluar una condición de salud biopsicosocial particular. <p>Critica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detecta inconsistencias en una evaluación integral, con base en los criterios de validez y confiabilidad, que determine si los resultados de un diagnóstico y/o programa de intervención, para cualquier contexto, fue el adecuado para atender un problema determinado.

Competencia Intervención	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel 1	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>5. Transferencia e integración</p> <p>Es integrar y aplicar interdisciplinariamente los conocimientos, modelos y métodos de las ciencias gerontológicas y de la salud, en los niveles de intervención: individual, Institucional, grupal, organizacional, comunitario y societal.</p>	Aplicar	Modelos de intervención gerontológica en el nivel familiar y grupal	A fin de atender a las diversas necesidades del adulto senescente, proponiendo mejoras. Para lo cual el estudiante tendrá que definir, identificar y aplicar modelos de intervención gerontológica para cada situación en consonancia con el nivel de intervención y las necesidades específicas de la población adulta mayor, de manera creativa, ética y con alto compromiso social.	<p>Nivel 1</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Basándose en principios teóricos-conceptuales de la gerontología social demuestra la habilidad para aplicarlos en el proceso de intervención psicosocial en el ámbito familiar y grupal.</p> <p>b) Autonomía Baja responsabilidad y autonomía, necesita supervisión.</p> <p>c) Complejidad Afronta situaciones sencillas y resuelve problemas habituales en contextos estructurados.</p>	Declarativo, Aplicado y Actitudinal	<p>1. Define los conceptos básicos de Intervención gerontológica en el contexto familiar y grupal, con base a distintos aportes teóricos de las ciencias sociales y de la salud.</p> <p>2. Identifica los métodos y técnicas de intervención en gerontología para atender las demandas detectadas en la evaluación gerontológica contextual, a fin de aplicarlos en el contexto familiar y grupal.</p> <p>4. Aplica modelos y técnicas de intervención a nivel familiar y grupal.</p>	<p>Define cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Define los conceptos básicos de intervención gerontológica en los ámbitos familiar y grupal. <p>Identifica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Distingue los elementos del proceso de intervención según distintos paradigmas teóricos en gerontología. Reconoce los métodos de intervención gerontológica para los niveles de intervención familiar y grupal. Describe las técnicas de intervención gerontológica. <p>Aplica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Establece el tipo de intervención familiar y grupal que requiere el adulto mayor mediante métodos apropiados. Aplica las principales teorías y modelos respecto a la dinámica familiar y grupal del adulto mayor en un caso concreto.

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>5. Transferencia e integración</p> <p>Es Integrar y aplicar interdisciplinariamente los conocimientos, modelos y métodos de las ciencias gerontológicas y de la salud, en los niveles de intervención: individual, Institucional, grupal, organizacional, comunitario y societal.</p>	Aplicar	Modelos de intervención gerontológica en el nivel institucional y comunitario	<p>A fin de planear, organizar, orientar, gestionar y evaluar acciones para atender a las diversas necesidades de las personas senescentes.</p> <p>Para lo cual el estudiante tendrá que definir, identificar y aplicar modelos de intervención gerontológica para cada situación en consonancia con el nivel y contexto de intervención y las necesidades específicas de la población adulta mayor, de manera creativa, ética y con alto compromiso social.</p>	<p>Nivel 2</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Selecciona la información más importante de la situación de forma sistemática y fluida, aplicándola con eficacia. Desarrolla todo el curso de la actuación.</p> <p>b) Autonomía Alta responsabilidad y autonomía. Requiere controlar y supervisar a terceros. Asume riesgos y toma decisiones.</p> <p>c) Complejidad Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad.</p>	Declarativo, Aplicado y Actitudinal	<p>1. Caracteriza los métodos y técnicas de intervención gerontológica en el contexto de las necesidades sociales e individuales detectadas en la evaluación, para desarrollar y aplicar un plan de intervención.</p> <p>2. Explica los métodos y técnicas de intervención gerontológicas, a fin de determinar su uso en un problema seleccionado en el contexto institucional y comunitario.</p> <p>3. Compara los diferentes métodos y técnicas de intervención gerontológica detectando la correspondencia entre estos.</p> <p>4. Detecta inconsistencias en un plan de intervención gerontológica o en la aplicación de la misma.</p> <p>5. Ilustra un método o técnica con ejemplos concretos de intervención gerontológica.</p> <p>6. Fundamenta teórico y metodológicamente, el desarrollo, plan de/o intervención gerontológica.</p>	<p>Caracteriza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Caracteriza la situación y objeto concreto de estudio en que se pretende aplicar el método y técnica de intervención. <p>Explica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Interrelaciona los conocimientos adquiridos sobre evaluación e intervención gerontológica, con las características de la situación y población adulta mayor a atender. Valora el uso de cada método y técnica de intervención con base al propósito de la misma (gestión, organización, control, prevención, promoción, rehabilitación, inserción, acompañamiento, etc.) Determina el uso de los diferentes métodos y técnicas de intervención gerontológica a partir de un problema seleccionado en el contexto institucional y comunitario y del propósito de la misma. <p>Compara cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compara los métodos y técnicas de intervención con base en los criterios de caracterización. Selecciona los elementos que lo diferencian y lo tipifican, con la intención de desarrollar y elaborar un plan de intervención apropiado a la situación a atender. <p>Detecta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valora la efectividad teórico-metodológica de una intervención gerontológica adecuada, de acuerdo con el objetivo o situación a resolver en un contexto específico. <p>Ilustra cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Confirma el dominio de los conocimientos (métodos y técnicas) de intervención gerontológica que se pretenden aplicar al objeto de conocimiento, ejemplificándolo en casos claros y concretos. <p>Fundamenta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sabe elaborar un plan de intervención gerontológica, con

							<p>base a los conocimientos teóricos y metodológicos que posee.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sabe elegir las técnicas de intervención gerontológica adecuadas para atender un caso y/o situación particular.• Elabora y comunica de manera oral y escrita un plan y/o reporte de intervención gerontológica.
--	--	--	--	--	--	--	--

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel 3	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>5. Transferencia e integración</p> <p>Es Integrar y aplicar interdisciplinariamente los conocimientos, modelos y métodos de las ciencias gerontológicas y de la salud, en los niveles de intervención: individual, Institucional, grupal, organizacional, comunitario y societal.</p>	Aplicar	Modelos de intervención gerontológica en cualquier nivel de intervención.	A fin de atender a las diversas necesidades del adulto senescente. Para lo cual el estudiante tendrá que ejecutar, implementar y evaluar, modelos de intervención gerontológica para cada situación en consonancia con el nivel de intervención, el contexto y las necesidades específicas de la población adulta mayor, de manera creativa, ética y con alto compromiso social.	<p>Nivel 3</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Anticipa, planifica, diseña de manera creativa respuestas y soluciones a situaciones complejas</p> <p>b) Autonomía Alto grado de autonomía personal. Responsabilidad por el trabajo de otros. Responsabilidad en el análisis, diseño, planeación, ejecución y evaluación.</p> <p>Asume riesgos y emprende actuaciones con total independencia.</p> <p>c) Complejidad Competencias en actividades y situaciones complejas de trabajo (técnicas o profesionales) desempeñadas en una amplia variedad de contextos a menudo impredecibles. Halla soluciones integrales y globales. Tiene muy en cuenta las interrelaciones y la transferibilidad de las mismas.</p>	Procedimental Integrador	<p>1. Ejecuta con base a la teoría, un método y/o técnica de intervención gerontológica, a un caso concreto, en cualquier nivel dependiendo de la problemática que se trate.</p> <p>2. Implementa el uso de técnicas y métodos de intervención gerontológica en situaciones y contextos determinados por la demanda.</p> <p>3. Con base a los conocimientos teórico-metodológicos, critica las inconsistencias de una intervención gerontológica, para atender una prevención, un tratamiento, rehabilitación, inserción, acompañamiento, gestión u organización.</p>	<p>Ejecuta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sabe aplicar las estrategias y métodos de intervención con la población adulta mayor a atender. Sabe aplicar estrategias y métodos de intervención en diferentes contextos culturales. <p>Implementa cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Con base en la evaluación, sabe aplicar diversos métodos y técnicas de intervención gerontológica a los diversos problemas sociales. Propone en un plan de intervención, las técnicas y métodos apropiados para atender una situación o caso particular, tanto en lo individual como en lo grupal, institucional o comunitario. Sabe aplicar estrategias y métodos de intervención indirectos a través de otras personas: asesoramiento, formación de formadores, etc. Sabe cómo involucrar a los participantes en el proceso de intervención gerontológica. <p>Critica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Detecta inconsistencias en la intervención gerontológica, con base en criterios de validación externa, que determine si el programa de intervención, es el apropiado para atender un problema determinado, en un contexto específico.

Competencia Investigación aplicada	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>6. Investigación aplicada</p> <p>La interdisciplina y la epistemología es la base de la investigación gerontológica, desde una postura compleja y autorreferencial, cuyo sujeto-objeto de estudio es el adulto mayor y su calidad de vida.</p> <p>En torno las diversas problemáticas que afectan al adulto mayor en el nivel individual, institucional, grupal, organizacional, comunitario y societal, para generar conocimientos, proponer modelos metodológicos y aplicar modelos teóricos, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor.</p>	Identifica	Los principios epistémicos, teóricos y metodológicos de los diferentes métodos de investigación utilizados en Gerontología	A fin de estructurar un protocolo que sirva de guía a una investigación aplicada en el campo gerontológico.	<p>Nivel 1</p> <p>Dimensiones:</p> <p>A) Profundización Basándose en contenidos básicos de la investigación demuestra un dominio de los conceptos básicos.</p> <p>B) Autonomía Baja responsabilidad y autonomía, necesita supervisión.</p> <p>C) Complejidad Afronta situaciones sencillas y resuelve problemas habituales en contextos estructurados.</p>	Declarativo - conceptual	<ol style="list-style-type: none"> Define los conceptos básicos de los diferentes métodos de investigación, con base en los distintos enfoques metodológicos utilizados en la gerontología. Identifica los elementos del proceso de investigación de cada uno de los enfoques de la investigación en gerontología para diferenciar las características que los distinguen. Identifica las estrategias metodológicas e instrumentos de investigación de cada uno de los enfoques de la investigación utilizados en gerontología para diferenciar las características que los distinguen. Analiza los elementos del proceso de investigación de cada uno de los enfoques de investigación utilizados en gerontología. Analiza las estrategias e instrumentos metodológicos de cada uno de los enfoques de investigación gerontológica. Caracteriza los elementos del proceso de investigación, las estrategias e instrumentos metodológicos del enfoque de investigación mixto en el contexto de las necesidades sociales e individuales, del adulto mayor para desarrollar y aplicar un proyecto de investigación. Explica los elementos del proceso de investigación, las estrategias e instrumentos metodológicos de los enfoques de investigación mixta, con el fin de determinar su uso en un problema seleccionado en el contexto estatal hidalguense. 	<p>Define cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Explica los conceptos básicos de investigación utilizados en gerontología. Reconoce los métodos e instrumentos de los enfoques de investigación utilizados en gerontología. Describe los elementos del proceso de una investigación cuantitativa, cualitativa o mixta. <p>Analiza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Distingue características de los distintos métodos y enfoques de investigación utilizados en gerontología. Organiza dentro de una estructura lógica los elementos del proceso de la investigación gerontológica. Organiza dentro de una estructura lógica las estrategias e instrumentos metodológicos de cada uno de los enfoques de investigación utilizados en Gerontología. <p>Caracteriza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Caracteriza la situación y objeto concreto de estudio en que se pretende aplicar el plan de investigación. <p>Explica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Interrelaciona los conocimientos adquiridos sobre el concepto de investigación gerontológica, con las características de la situación y población a investigar. Valora el uso de cada uno de los enfoques de investigación con base en el propósito y alcance de la investigación (exploratoria, descriptiva, correlacional, explicativa), de forma mixta. Determina el uso de los diferentes enfoques de investigación gerontológica a partir de un tema y problemática seleccionada en el contexto social hidalguense.

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>6. Investigación aplicada</p> <p>La interdisciplina y la epistemología es la base de la investigación gerontológica, desde una postura compleja y autorreferencial, cuyo sujeto-objeto de estudio es el adulto mayor y su calidad de vida.</p>	Aplicar	El método científico a diseños de investigación utilizados en Gerontología	A fin de llevar a cabo el protocolo de investigación diseñado en el nivel anterior.	<p>Nivel 2</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización Selecciona la información más importante de la situación de forma sistemática y fluida, aplicándola con eficacia. Desarrolla todo el curso de la actuación perfilada en el protocolo de investigación.</p> <p>b) Autonomía Alta responsabilidad y autonomía. Requiere controlar y supervisar a terceros. Asume riesgos y toma decisiones.</p> <p>c) Complejidad Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad.</p>	Declarativo, Aplicado y Actitudinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compara los elementos del proceso de investigación, las diferentes estrategias e instrumentos metodológicos de los enfoques de investigación gerontológica con enfoque mixto, detectando la correspondencia entre estos. 2. Detecta inconsistencias en un plan de investigación gerontológica mixta o en la aplicación de la misma. 3. Fundamenta metodológicamente el desarrollo del proyecto de investigación gerontológica. 4. Implementa un proyecto de investigación con base en los fundamentos teóricos de los distintos enfoques de la gerontología y de la metodología de investigación mixta. 5. Aplica en contextos reales un proyecto de investigación para atender demandas sociales de los adultos mayores hidalgüenses 	<p>Compara cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compara los elementos del proceso de investigación con base en los criterios de caracterización de cada enfoque. • Selecciona los elementos, estrategias e instrumentos metodológicos que los diferencian y los tipifican, con la intención de desarrollar y aplicar un plan de investigación adecuándolo al problema a investigar. <p>Detecta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valora la efectividad metodológica de un plan de investigación gerontológica con base en el objetivo y el contexto específico. <p>Fundamenta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora y aplica un plan de investigación gerontológica, con base en los conocimientos teóricos y metodológicos que posee. • Elige y aplica las estrategias e instrumentos metodológicos adecuados para elaborar y efectuar un plan de investigación en un caso particular. <p>Implementa cuando</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con base en las características de los enfoques de investigación, aplica diversas estrategias de investigación gerontológica a los diversos problemas psicosociales. • Propone en un plan de investigación, las estrategias e instrumentos metodológicos apropiados para aplicarse, tanto en lo individual como en lo grupal, institucional y comunitario. • Aplica estrategias e instrumentos metodológicos para desarrollar su investigación. • Sabe cómo involucrar a los participantes en el proceso de investigación gerontológica. <p>Aplica cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectúa el plan de investigación aplicando el enfoque teórico-metodológico seleccionado para la interpretación de resultados. • Aplica las estrategias e instrumentos metodológicos de investigación con la población identificada. • Confirma el dominio de los conocimientos de investigación gerontológica que se pretenden aplicar al contexto social

							<p>hidalguense, aplicándola en casos claros y concretos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplica de manera científica y ética el protocolo de investigación obteniendo resultado e interpretándolos de manera sistematizada y confiable.
--	--	--	--	--	--	--	---

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
Descripción	Acción	Conocimiento o habilidad que se refleja	Indicador con el que se va a medir	Nivel	Tipo de Saber	Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando	Elementos que deben contener las rúbricas
<p>6. Investigación aplicada</p> <p>La interdisciplina y la epistemología es la base de la investigación gerontológica, desde una postura compleja y autorreferencial, cuyo sujeto-objeto de estudio es el adulto mayor y su calidad de vida.</p>	Elabora	El análisis e interpretación de resultados de una investigación gerontológico.	A fin de construir el informe final y su publicación de forma idónea.	<p>Nivel 3</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización. Anticipa, planifica, diseña, de manera creativa respuestas y soluciones a situaciones complejas.</p> <p>b) Autonomía Alto grado de autonomía personal. Responsabilidad por el trabajo de otros. Responsabilidad en análisis, ejecución y evaluación. Asume riesgos y emprende actuaciones con total independencia.</p> <p>c) Complejidad Competencias en actividades y situaciones complejas de trabajo (técnicas o profesionales) desempeñadas en una amplia variedad de contextos, a menudo impredecibles. Halla soluciones integrales y globales. Tiene muy en cuenta las interrelaciones y la transferibilidad de las mismas.</p>	Procedimental integrador	<p>1. Analiza e interpreta los resultados obtenidos en la investigación para realizar diversos aportes en el campo de la Gerontología y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores hidalgenses.</p> <p>3. Coadyuva en las LGAC que permitan una mayor consolidación de la investigación en el área de la Gerontología en específico y de las ciencias de la salud en general.</p> <p>4. Difunde los resultados de la investigación con base en criterios internacionales, redactando artículos científicos para su publicación.</p> <p>5. Participa en diversos foros académicos para difundir los resultados de su investigación.</p>	<p>Analiza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Con base en la metodología utilizada sistematiza la información para conocer los resultados y validar la información obtenida. <p>Interpreta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> A partir de los resultados obtenidos se efectúa una abducción o inferencia teórica para elucidar la opacidad del dato fáctico. <p>Coadyuva cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Efectúa investigaciones en el área de la gerontología de acuerdo a las líneas de investigación que se ubican dentro de los cuerpos académicos del Instituto de Ciencias de la Salud. <p>Difunde cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elabora un reporte de investigación con base en los criterios de los enfoques de investigación. De manera idónea comunica los resultados de su investigación utilizando medios de reconocido prestigio. <p>Participa en foros cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta los resultados de su investigación en congresos, coloquios, mesas redondas, encuentros nacionales e internacionales etc.

COMPETENCIA GENÉRICA DE COMUNICACIÓN

Definición	Nivel	Indicadores
Desarrollar en los estudiantes la capacidad de la comunicación en español y en un segundo idioma para su interacción social a través de signos y sistemas de mensajes que pueden ser orales y escritos, derivados del lenguaje y del pensamiento, estableciendo vínculos con su entorno social, cultural, político, económico y religioso entre otros, según sea el caso.	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica y comprende la importancia y trascendencia de la comunicación a través del pensamiento y el lenguaje. 2. Utilizan técnicas de pensamiento, lecto-escritura y expresión oral en español y en un segundo idioma. 3. Expresan de forma oral y escrita ideas y pensamientos de manera coherente y lógica. 4. Se introducen a un proceso de lecto-escritura de textos en español y en un segundo idioma. 5. Leen y comprenden textos básicos en español y en un segundo idioma. 6. Intercambian y expresan ideas de manera oral y escrita. 7. Elaboran y exponen esquemas relevantes como mapas conceptuales, mentales y resúmenes en español y en un segundo idioma.
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selecciona técnicas de pensamiento, lector-escritura y expresión oral en español y en un segundo idioma. 2. Expresa y argumenta de forma oral y escrita ideas y pensamientos de manera coherente y lógica en español y en un segundo idioma. 3. Comunican ideas de forma oral y escrita estableciendo relaciones entre lo que leen y lo que entienden. 4. Elaboran fichas analíticas de contenidos especializados y realizan exposiciones temáticas.
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asumen una postura crítica para comunicarse de forma oral y escrita en español y en un segundo idioma 2. Establece comunicación con equipos de trabajo. 3. Se comunica de manera crítica para realizar análisis, diagnóstico, diseño, planeación, ejecución y evaluación. 4. Elabora ensayos en los que construye explicaciones científicas para la solución de diversos problemas.

COMPETENCIA DE FORMACIÓN

Definición	Nivel	Indicadores
Integrar los contenidos en diversas situaciones (académicas, profesionales, sociales, productivas, laborales e investigativas) para la solución de problemas a través del empleo de métodos y estrategias centradas en el aprendizaje (aprendizaje basado en problemas, cooperativo, colaborativo, significativo, consultoría y proyectos, entre otros) con autonomía y con valores que expresen en convicciones, así como su compromiso con la calidad en su modo de actuación de acuerdo a los estándares establecidos.	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifican la situación desde una única perspectiva. Comprenden y expresan una sola parte del problema o aspectos no significativos del mismo. 2. Expresan ideas de manera general, vagas y sobreesaturadas. 3. Organizan la información sin un orden lógico. 4. Realizan las actividades siguiendo instrucciones. 5. Identifican y categorizan los contenidos básicos de la profesión. 6. Describe las etapas del proceso de investigación (concepción de la idea, planteamiento del problema, marco teórico, formulación de hipótesis, método de investigación, planeación, recolección y análisis de datos). 7. Identifican los métodos de estudio o investigación y procedimientos (convencionalismos, tendencias, secuencias, clasificaciones, criterios, metodología en técnicas, métodos y procedimientos). 8. Reconoce la existencia de problemas sociales y científicos. 9. Reconoce los campos profesionales donde se insertará. 10. Identifica las habilidades necesarias para insertarse en el campo profesional y social.
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizan la situación desde una única perspectiva. 2. Comprenden y expresan las diferentes partes del problema ubicando los aspectos más significativos del mismo. 3. Expresan ideas de manera concreta. 4. Categorizan la información siguiendo un orden lógico. 5. Realizan acciones siguiendo instrucciones e introduce algunos cambios. 6. Comprenden los contenidos básicos de la profesión aplicados en diferentes sectores. 7. Elaboran las etapas del proceso de investigación. 8. Comprenden de los métodos de estudio o investigación y procedimientos (convencionalismos, tendencias, secuencias, clasificaciones, criterios, metodología en técnicas, métodos y procedimientos). 9. Reconoce la diferencia de problemas sociales y científicos. 10. Participa en los campos profesional y social. 11. Desarrolla las habilidades necesarias para insertarse en los campos profesional y social.
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizan la situación desde varias perspectivas. 2. Interpretan el problema y explican los aspectos más significativos del mismo (la esencia del problema). 3. Poseen altos niveles de pensamiento conceptual y expresan ideas de manera concreta y fundamentada. 4. Analizan e interpretan la información siguiendo un orden lógico. 5. Establecen y organizan de manera autónoma y responsable sus actividades de trabajo. 6. Integran y aplican los contenidos básicos de la profesión en contextos reales. 7. Integran las etapas del proceso de investigación. 8. Integran y aplican los métodos de estudio o investigación y procedimientos (convencionalismos, tendencias, secuencias, clasificaciones, criterios, metodología en técnicas, métodos y procedimientos). 9. Integran y aplican los contenidos en los campos profesionales y sociales. 10. Aplica las habilidades necesarias para insertarse en los campos profesional y social para la resolución de problemáticas.

COMPETENCIA DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Definición	Nivel	Indicadores
<p>Aplicar el pensamiento crítico y autocrítico para identificar, plantear y resolver problemas por medio de los procesos de abstracción, análisis y síntesis, procesando la información procedente de diversas fuentes que permitan un aprendizaje significativo y una actualización permanente.</p>	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se familiariza con los problemas sociales y de su profesión. 2. Identifica las partes, cualidades, las múltiples relaciones, propiedades y componentes de un problema. 3. Identifica y formula problemas del entorno, con claridad y precisión. 4. Representa la realidad en la variedad de sus nexos y relaciones fundamentales.
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reproduce la solución de problemas. 2. Analiza las partes, cualidades, las múltiples relaciones, propiedades y componentes de un problema. 3. Refleja el enlace y las múltiples dependencias entre los hechos, procesos y fenómenos, así como las contradicciones que condicionan su desarrollo. 4. Integra en el pensamiento un conjunto de abstracciones. 5. Permite la síntesis de muchos conceptos y de sus partes. 6. Condiciona un conocimiento más profundo y de mayor contenido esencial. 7. Piensa, con mente abierta dentro de sistemas alternos de pensamiento; reconociendo y evaluando, según sea necesario, los supuestos, implicaciones y consecuencias prácticas de estos. 8. Identifica lo aprendido y lo que necesita aprender.
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generaliza la solución de problemas. 2. Sintetiza las partes, cualidades, las múltiples relaciones, propiedades y componentes de un problema. 3. Llega a conclusiones y a soluciones bien razonadas, y las somete a prueba confrontándolas con criterios y estándares relevantes. 4. Aplica el pensamiento crítico para afrontar las exigencias del entorno (dimensión profesional y social). 5. Resuelve problemas complejos. 6. Valora lo aprendido y lo que necesita aprender.

COMPETENCIA DE CREATIVIDAD

Definición	Nivel	Descripción
Aplica la creatividad para detectar, formular y solucionar problemas de forma original e innovadora, a través de la integración de contenidos y mediante el uso de estrategias didácticas que generen el pensamiento divergente, problemático, investigativo, cooperativo, innovador, entre otras.	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifican inconsistencias de un paradigma vigente. 2. Generan ideas con facilidad. 3. Afrontan el problema desde varias perspectivas. 4. Distinguen entre la creatividad y el simple deseo de romper paradigmas. 5. Plantean interrogantes inquietudes o cuestiones que antes no consideraban. 6. Identifican nuevas alternativas de solución. 7. Llevan al estudiante a interrogarse, interesarse, e inquietarse por los contenidos y objetos de aprendizaje.
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulan, desarrollan y aplican ideas originales y posibles soluciones. 2. Buscan información, y respuesta a sus preguntas, recoger cualquier tipo de información relacionada con el problema o el tema a estudiar. 3. Desarrollan un proceso dialéctico creativo a partir de una situación problemática; toman conciencia crítica de mejora o confrontación cognitiva entre lo conocido y lo nuevo. 4. Favorecer un clima de comunicación para la búsqueda y la consulta espontánea, que ayude a la sistematización de la información del problema detectado.
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solucionan problemas utilizando ideas originales e innovadoras. 2. Disponer de un clima que, de seguridad, que elimine la inhibición y fomente la libre expresión.

COMPETENCIAS DE LIDERAZGO COLABORATIVO

Definición	Nivel	Descripción
<p>Aplicar el liderazgo colaborativo para identificar y desarrollar ideas y/o proyectos del campo profesional y social por medio de los procesos de planificación y toma de decisiones, asegurando el trabajo en equipo, la motivación y la conducción hacia metas comunes.</p>	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificar y desarrollar el plan de trabajo. 2. Definir el problema: las alternativas, las características, el criterio y el resultado óptimo. 3. Definir un propósito en común con el equipo de trabajo: objetivos y metas claramente identificados. 4. Responsabilidad y autonomía media. 5. Necesita orientación y supervisión. 6. Toma decisiones en el contexto de situaciones nuevas. 7. Afronta situaciones cotidianas en contextos estructurados. 8. En dominios de conocimiento concreto se utilizan estrategias específicas que facilitan las tareas de planificación, indicando qué acciones deben tomarse o cómo conviene dividir en fases el proceso y cómo definir el curso temporal.
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar los riesgos que pueden alterar el diseño de un plan y tomar las medidas necesarias para su gestión. 2. Captar las necesidades y los intereses de las personas integrantes del equipo de trabajo por medio del dialogo. 3. Estructurar la división del trabajo. 4. Alto grado de responsabilidad y autonomía. 5. Requiere controlar y supervisar a terceros. 6. Asume riesgos y toma decisiones en el contexto de situaciones nuevas. 7. Actividades de trabajo variadas no rutinarias, desempeñadas en diversos contextos. 8. Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad.
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Declarar el alcance de la idea y proyecto. 2. Definir la secuencia de las actividades de un proyecto, estimar sus duraciones y las fechas de iniciación y terminación de cada una de ellas. 3. Generar en el equipo de trabajo un estado de ánimo de superación y logro de metas, y detecten las fortalezas y debilidades de los miembros de su equipo para lograr un alto desempeño. 4. Gestionar integralmente el proyecto. 5. Alto grado de autonomía personal y grupal. 6. Responsabilidad por el trabajo de otros. 7. Responsabilidad en la organización, planificación del tiempo, toma de decisiones, trabajo en equipo y motivación y conducción hacia metas comunes. 8. Asume riesgos y emprende actuaciones con total independencia. 9. Competencias en actividades y situaciones complejas de trabajo desempeñadas en una amplia variedad de contextos, a menudo impredecibles. 10. Desarrolla soluciones integrales y globales al gestionar proyectos.

COMPETENCIA DE CIUDADANÍA

Definición	Nivel	Descripción
Actuar ante los distintos colectivos de acuerdo con los principios generales con responsabilidad social y compromiso ciudadano para enfrentar y resolver conflictos profesionales, ejerciendo su ciudadanía democrática, lo cual le permite resolver problemas en un contexto multicultural y diverso con base en los valores universales y principios éticos aceptados y considerados propios, fomentando con ello el desarrollo de la sociedad.	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Basándose en normas y criterios básicos de comportamiento identifica la diversidad de principios éticos, resultado del contexto en que se desenvuelven los sujetos y los colectivos con los que interactúa. 2. Baja responsabilidad y autonomía. 3. Necesita orientación y supervisión del académico. 4. Afronta situaciones sencillas y resuelve problemas cotidianos donde se presentan conflictos de intereses en contextos estructurados.
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. A partir de la comparación de estructuras de creencias, costumbres, valores y de esquemas de valores asume una postura personal. 2. Se presenta un nivel de corresponsabilidad entre académico y estudiante para realizar las actividades propuestas en el programa académico. 3. Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad, donde la toma de decisiones implica asumir una postura ética.
	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asume la responsabilidad de su actuación a nivel profesional. 2. Alto grado de autonomía personal. 3. Responsabilidad en el trabajo con otros. 4. Asume riesgos y emprende actuaciones con total independencia. 5. Afronta riesgos y toma decisiones en el contexto de situaciones nuevas. 6. Se conduce con respeto frente a La diversidad cultural de los colectivos: minorías étnicas, mujeres, discapacitados, personas con diferente orientación sexual, personas de todas las edades, entre otros. 7. A partir del ejercicio de sus libertades argumenta convencido de sus valores y actúa activamente en la resolución de problemas del campo laboral y fomenta el empoderamiento de su comunidad, siempre en un ámbito de respeto.

COMPETENCIA DE USO DE LA TECNOLOGÍA

Definición	Nivel	Descripción
Aplicar las tecnologías de la información y la computación como herramienta de apoyo para la solución de problemas del campo profesional y social a través del uso apropiado de recursos y metodologías para el desarrollo del aprendizaje, la comunicación, la formación disciplinar y la investigación logrando una eficiencia en la búsqueda y procesamiento de la información y la comunicación.	1	1. Identificar las diversas tecnologías de la información y comunicación con aplicación en el campo profesional y social. 2. Uso de las Tics como herramientas de apoyo en el desarrollo de los contenidos básicos (Sistemas operativos básicos, software de aplicación, entre otros).
	2	1. Desarrollar apropiadamente las aplicaciones específicas del aprendizaje, la comunicación, el área disciplinar y la investigación como herramientas de apoyo.
	3	1. Aplicar la tecnología de la información y la comunicación como herramienta de apoyo para la solución de problemáticas del campo profesional y social a través del uso apropiado de recursos y metodologías para el desarrollo del aprendizaje, la comunicación, la formación disciplinar y la investigación logrando una eficiencia en la búsqueda y procesamiento de la información y la comunicación.