UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Barreras en el uso del lenguaje de señas en la atención odontológica de personas con discapacidad auditiva: revisión sistemática de alcance (2015–2025)

Manuel Carrasco Miranda
Gabriel González Cavallo

Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae

Profesor Guía: Dr. Paulina Castillo Pesce

Santiago, Chile
2025

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis padres, por su apoyo constante, su esfuerzo y su confianza incondicional a lo largo de toda mi formación académica, los cuales han sido fundamentales para alcanzar este importante logro personal y profesional. A mi hermana, Ximena, por su compañía, cariño y respaldo permanente durante este proceso.

De manera especial, agradezco a mi novia, Valeria, por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional durante el desarrollo de esta tesis. Su constante ánimo, contención y motivación fueron esenciales para enfrentar los momentos de mayor exigencia académica, convirtiéndose en un pilar fundamental a lo largo de este camino.

Asimismo, agradezco a mi compañero de carrera y de tesis, Gabriel, por su compromiso, responsabilidad y disposición permanente al trabajo en equipo. Su colaboración, dedicación y aporte académico fueron clave para el desarrollo de este estudio, así como para sobrellevar de manera conjunta los desafíos propios del proceso de investigación.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, directa o indirectamente, contribuyeron a mi formación profesional y al desarrollo de esta tesis.

Manuel Carrasco Miranda

A mis padres, por ser el pilar fundamental en mi formación, Gracias por su amor incondicional, por cada sacrificio realizado para que yo pudiera cumplir este objetivo y por enseñarme que con perseverancia todo es posible.

A mi compañero de tesis y amigo, Manuel Carrasco, por el compromiso y la paciencia durante todas las etapas de este proyecto. Gracias por el trabajo en equipo, por el apoyo en los momentos de estrés y por hacer de este arduo camino una experiencia de aprendizaje compartido y amistad.

A nuestra profesora tutora, Dra. Paulina Castillo Pesce, por su guía constante, su disposición para orientarnos en cada corrección. Agradezco profundamente sus conocimientos y el tiempo dedicado a formar en nosotros no solo mejores investigadores, sino también profesionales más conscientes e inclusivos.

Gabriel González Cavallo

Índice

1. Resumen 4

2. Introducción 5

3. Marco teórico 6

4. Objetivos 17

5. Metodología. 18

6. Resultados 22

7. Discusión 29

8. Conclusión 32

9. Referencias bibliográficas 33

Resumen

La comunicación efectiva es un elemento fundamental en la atención odontológica, especialmente en el caso de las personas con discapacidad auditiva, quienes enfrentan múltiples barreras para acceder a servicios de salud oral de manera equitativa. La falta de formación en lengua de señas, la escasa disponibilidad de intérpretes y la limitada implementación de estrategias de accesibilidad comunicacional contribuyen a inequidades persistentes en la atención odontológica de esta población. El objetivo de esta revisión sistemática de alcance fue identificar y describir las principales barreras en el uso del lenguaje de señas en la atención odontológica de personas con discapacidad auditiva. Se realizó una revisión conforme a la guía PRISMA-ScR, mediante una búsqueda sistemática en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO y Google Scholar, considerando estudios publicados entre 2015 y 2025. Se incluyeron 28 estudios, cuya síntesis evidenció que las barreras comunicacionales constituyen el principal obstáculo en la atención odontológica de personas sordas, presentes en más del 80% de los estudios analizados, principalmente asociadas a la falta de competencias en lengua de señas por parte de los profesionales y a la ausencia de intérpretes. Asimismo, se identificaron barreras administrativas, formativas y estructurales, con una distribución heterogénea entre países. En conclusión, la evidencia disponible demuestra la necesidad de avanzar hacia modelos de atención odontológica inclusivos que integren la formación en lengua de señas, la disponibilidad de intérpretes y protocolos de accesibilidad comunicacional, con el fin de mejorar la calidad y equidad de la atención en salud oral.

Palabras clave: Discapacidad auditiva; Odontología; Barreras comunicativas; Salud bucal.

Introducción

La lengua de señas, que es reconocida como el principal medio de comunicación de las personas sordas, la cual consiste en un sistema visual-gestual con estructuras gramaticales propias que permiten una interacción fluida. Su uso en los entornos clínicos no solo mejora la comprensión mutua, sino que también reduce la ansiedad del paciente y fortalece la relación profesional-paciente (1)

La comunicación efectiva es un pilar de la atención odontológica de calidad, esencial para el diagnóstico, la obtención del consentimiento informado y las indicaciones postoperatorias.(3) Sin embargo, este pilar colapsa para las personas con discapacidad auditiva (PCA), una población que, según la OMS, superará los 700 millones de personas con pérdida auditiva para 2050, evidenciando la urgencia de adaptar los servicios de salud (1,2).

El obstáculo principal es la barrera lingüística. La evidencia muestra un déficit de competencia profesional, donde la mayoría de los odontólogos no dominan la Lengua de Señas (LS), carencia que se origina en la formación universitaria y fomenta una atención desigual. A esto se suman barreras estructurales críticas, como la falta de protocolos institucionales y la ausencia de intérpretes de LS certificados; estudios en Chile, por ejemplo, reportan que menos del 10% de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) disponen de este recurso.(13)

Estas barreras comunicacionales no son inocuas; tienen consecuencias clínicas directas. La literatura las asocia con un incremento de la ansiedad dental, la evitación de la consulta y una mayor prevalencia y severidad de patologías orales, como la caries, en esta población.(4)

Aunque existen avances legales (como la Ley 21.303 en Chile), persiste una brecha evidente entre la normativa y la práctica clínica. Por lo tanto, se requiere un mapeo exhaustivo de la evidencia para comprender el estado actual del problema, justificar cambios curriculares y promover políticas de inclusión efectivas.(12)

En este contexto, la presente tesis tiene como objetivo identificar las barreras del uso del lenguaje de señas en la atención odontológica en pacientes con discapacidad auditiva, y sus consecuencias clínicas en la última década.

2. Marco Teórico

La hipoacusia o pérdida de audición se define como la disminución parcial o total de la capacidad para detectar la intensidad y frecuencia de los sonidos[3]. Es considerada la discapacidad sensorial de mayor prevalencia a nivel mundial y representa un desafío creciente para los sistemas de salud pública debido a su impacto en la comunicación, el desarrollo personal y la calidad de vida [2].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la clasificación de la pérdida auditiva se basa en el umbral audiológico. Aunque algunos estudios poblacionales utilizan rangos entre 15 y 40 dB HL, la OMS establece que la pérdida auditiva discapacitante corresponde a valores superiores a 35 dB en el oído con mejor audición en personas mayores de 15 años [11].

Desde una perspectiva etiológica, la hipoacusia puede ser congénita, presente desde el nacimiento y de gran relevancia clínica por su impacto en el desarrollo neurológico, cognitivo, lingüístico y socioemocional, especialmente cuando no se identifica tempranamente, también puede ser Adquirida desarrollada posterior al nacimiento por causas infecciosas, exposición laboral o recreacional a ruido, uso de fármacos ototóxicos o procesos degenerativos como la presbiacusia [4, 11].

La hipoacusia ha sido descrita como una discapacidad “silenciosa” o “invisible”, debido a que frecuentemente pasa desapercibida y sus consecuencias son subestimadas tanto en la vida cotidiana como en el acceso a servicios de salud. Su impacto trasciende lo sensorial: afecta la comunicación interpersonal y, en el ámbito de la salud bucal, constituye un obstáculo significativo para recibir atención odontológica adecuada y oportuna [2].

A nivel global, la discapacidad auditiva figura entre las diez principales cargas de enfermedad, con una prevalencia en aumento atribuida al envejecimiento poblacional y a la mayor exposición a factores de riesgo [4]. La OMS estima que más de 430 millones de personas presentan algún grado de pérdida auditiva, cifra que ha aumentado desde los 360 millones reportados en 2012 (5.3 % de la población mundial), y cuya tendencia ascendente continúa proyectándose en los próximos años [2,11].

La distribución de la hipoacusia refleja desigualdades significativas: las regiones de bajos y medianos ingresos presentan las tasas más elevadas, particularmente en Asia Meridional, Asia-Pacífico y África Subsahariana. En países con menos recursos, la prevalencia en adultos mayores de 15 años con pérdida auditiva mayor a 35 dB alcanza un 15.7 %, frente al 4.9 % reportado en países de altos ingresos [11].

En el caso de población pediátrica, se observan desigualdades similares: en África Subsahariana, la prevalencia en niños de 5 a 14 años llega al 1.9 %, cifra notablemente superior al 0.4 % registrado en países desarrollados. Entre las principales causas en estas regiones destacan las enfermedades del oído medio (36 %), causas indeterminadas (35 %) y la impactación de cerumen (24 %)[11].

Finalmente, la hipoacusia no atendida implica un costo económico global estimado en 750 000 millones de dólares anuales, asociado a la pérdida de productividad, gastos en educación diferencial y costos de atención médica y rehabilitación [2].

Como respuesta a esta realidad sensorial, la comunidad sorda ha desarrollado una solución lingüística y cultural: la lengua de señas. Este sistema visual-gestual, lejos de ser una simple mímica, constituye una lengua completa con gramática y léxico propios, convirtiéndose en el vehículo principal para la interacción social y la transmisión cultural.

2.2 Lenguaje de señas (LS)

El lenguaje de señas (LS) es el principal medio de comunicación de las personas sordas, un sistema visual-gestual que posee estructuras gramaticales propias y que permite una interacción fluida y la transmisión de la cultura Sorda [1, 5]. La Lengua de Señas Chilena (LSCh) es una lengua natural de modalidad visual-gestual empleada por la comunidad sorda del país. Su estructura se basa en la percepción visual y la producción mediante configuraciones manuales, movimientos, expresiones faciales y corporales, lo que permite transmitir información de manera

precisa y eficiente. Además de su función comunicativa, constituye un elemento identitario y cultural fundamental para las personas sordas. (5)

Los antecedentes históricos del uso de señas se remontan al siglo XVI, cuando el monje español Pedro Ponce de León instruyó a niños sordos utilizando signos y escritura, sentando las bases de la educación para esta población [3]. Posteriormente, en el siglo XVIII, Charles-Michel de l'Épée fundó en París la primera escuela pública para sordos, institucionalizando un sistema de señas que influiría en el surgimiento de diversas lenguas de señas alrededor del mundo [6]. No obstante, el Congreso de Milán de 1880 significó un retroceso al promover el método oralista y prohibir el uso de señas, lo que generó décadas de estigmatización y negación del valor lingüístico de estas lenguas [7].

El reconocimiento académico de las lenguas de señas se consolidó en el siglo XX con los estudios de William Stokoe, quien demostró que poseen léxico, sintaxis y gramática propias, comparables en complejidad a las lenguas orales [8]. Esto favoreció su legitimación social y su incorporación progresiva en ámbitos educativos, culturales y sanitarios. Es importante destacar que no existe una lengua de señas universal; cada comunidad desarrolla su propia variante lingüística, como el ASL (American Sign Language), el LSM (Lengua de Señas Mexicana) o la LSC (Lengua de Señas Colombiana), entre otras [5].

La discapacidad auditiva genera repercusiones significativas más allá del ámbito sensorial. En la infancia, puede asociarse a retrasos en el desarrollo del lenguaje, dificultades académicas y barreras de interacción social, mientras que en la adultez se relaciona con aislamiento, menor empleabilidad y disminución de la calidad de vida. Estas consecuencias se profundizan cuando no se garantiza el acceso a una comunicación adecuada en contextos esenciales, como el sistema de salud (4).

En los últimos años, diversos estudios han reforzado que la lengua de señas no solo es un medio de comunicación, sino también un derecho lingüístico y cultural, estrechamente ligado a la autonomía, dignidad y bienestar de las personas sordas [20, 21]. La falta de comunicación en lengua de señas en entornos sanitarios se asocia con dificultades en la comprensión de diagnósticos y tratamientos, inequidades en el acceso y menor satisfacción con la atención recibida [22]. En

contraste, la presencia de intérpretes certificados o profesionales capacitados en lengua de señas mejora la interacción clínica, aumenta la confianza del paciente y se traduce en mejores resultados en salud [23, 24], lo que cobra especial relevancia en odontología, donde la explicación clara de procedimientos, indicaciones y medidas preventivas exige una comunicación directa y precisa. En Chile, investigaciones recientes han señalado que, a pesar de los avances legales, la falta de formación de los profesionales de la salud en lengua de señas sigue siendo una de las principales barreras de acceso a la atención, lo que refleja la necesidad de integrar la enseñanza básica de LSCh en la formación universitaria de carreras de la salud, incluyendo odontología, como una estrategia efectiva de inclusión [25].

2.3 Comunicación en salud y barreras

La comunicación constituye un componente esencial en la práctica clínica odontológica, ya que permite al profesional obtener una historia clínica completa, explicar diagnósticos y procedimientos, entregar indicaciones preventivas y garantizar el consentimiento informado. En el caso de las personas sordas, la ausencia de una comunicación efectiva se transforma en una barrera que dificulta la relación profesional-paciente y compromete la calidad de la atención recibida [3]. Entre los recursos disponibles para facilitar esta interacción se encuentran el uso de la LSCh, la lectura labial, los intérpretes certificados y el apoyo de material gráfico o escrito adaptado a las necesidades del paciente. Sin embargo, estudios nacionales muestran que estas medidas no siempre se implementan adecuadamente. En Chile, un estudio transversal realizado en 21 CESFAM del Servicio de Salud Concepción evidenció que, si bien los centros presentan adecuaciones generales en infraestructura, las adaptaciones específicas para PcDS son insuficientes, especialmente en el ámbito comunicativo: sólo un 9,5 % contaba con intérpretes de LSCh y menos del 5 % disponía de material accesible en braille o plataformas digitales inclusivas, revelando una brecha significativa entre la normativa vigente ,como la Ley N.º 20.422, y su aplicación real en el sistema público de salud (13)

El marco normativo chileno reconoce explícitamente la importancia de la comunicación accesible. La Ley 21.303 (2021) consagra la LSCh como lengua natural de la comunidad sorda y promueve su incorporación en los servicios públicos, incluidos los de salud. Sin embargo, persisten brechas importantes relacionadas con la falta de formación profesional y la escasa disponibilidad de intérpretes, lo que limita la implementación efectiva de esta normativa en contextos clínicos reales [12, 17].

La literatura señala que las barreras comunicacionales no se restringen únicamente a la interacción directa, sino que están influenciadas por factores estructurales, organizacionales y educativos. La carencia de capacitación en lengua de señas, la inexistencia de protocolos institucionales y la limitada disponibilidad de dispositivos o tecnologías de apoyo contribuyen significativamente a estas dificultades [3]. El modelo de acceso de Levesque, ampliamente utilizado en salud pública, destaca que la accesibilidad depende de la aceptabilidad, disponibilidad, adecuación y capacidad de los servicios para responder a las necesidades específicas de la población, dimensiones que afectan de manera especial a las personas sordas en la atención odontológica [27].

El modelo plantea cinco etapas en las que pueden surgir barreras de acceso: la percepción de necesidad, donde el paciente reconoce requerimientos de salud; la búsqueda de atención, vinculada a la capacidad de solicitar servicios e intérpretes; el alcance, referido a la posibilidad de llegar al centro y contar con intérpretes disponibles; la utilización, asociada a lo que ocurre durante la atención clínica, especialmente las limitaciones comunicacionales; y las consecuencias, que incluyen adherencia, satisfacción y resultados en salud oral (27).

Una comunicación deficiente puede generar malentendidos, ansiedad, dificultades en la comprensión de los tratamientos y menor adherencia a las indicaciones preventivas y terapéuticas. En contraste, cuando se garantiza el uso del LS o la presencia de intérpretes, se observa una mejor relación profesional-paciente, mayor satisfacción usuaria y un incremento en la seguridad clínica durante la atención dental [24, 28]

La atención clínica de personas con discapacidad auditiva implica desafíos específicos que trascienden el ámbito técnico de la odontología y se centran principalmente en la comunicación efectiva. La literatura coincide en que el mayor obstáculo para brindar una atención segura, ética y de calidad a esta población es la dificultad inherente al proceso comunicativo [14]. Una interacción deficiente no solo afecta la satisfacción del paciente, sino que también compromete la exactitud diagnóstica, la adherencia a los tratamientos y la seguridad clínica [2]. Además, estas barreras comunicacionales se relacionan estrechamente con la alfabetización en salud. La evidencia muestra que las personas sordas que utilizan lengua de señas presentan una prevalencia significativamente mayor de alfabetización en salud inadecuada, siendo hasta 6,9 veces más propensas que las personas oyentes a presentar dificultades para comprender información sanitaria, aun controlando por variables sociodemográficas. Esta brecha se vincula con la marginación informativa y la escasez de materiales de salud accesibles en lengua de señas, lo que limita su capacidad de comprender diagnósticos, procedimientos y cuidados preventivos necesarios en contextos clínicos, incluyendo la atención odontológica.(26)

Diversos estudios han clasificado estas dificultades en tres dominios interrelacionados, todos estrechamente vinculados al uso limitado o inexistente de la lengua de señas (LS) por parte del equipo dental.

A. Barreras de Competencia Profesional y Formación Curricular

Las barreras más determinantes se originan en la formación del recurso humano. En la mayoría de los programas de odontología, tanto de pregrado como de postgrado, no existe instrucción formal en lengua de señas, lo que impide a los profesionales desarrollar competencias comunicativas básicas con pacientes que dependen de esta modalidad lingüística [23]. Esta carencia genera un vacío comunicacional que afecta distintas fases del proceso clínico:

- **Anamnesis incompleta:** la falta de LS dificulta la obtención de antecedentes médicos y síntomas, lo que compromete la precisión diagnóstica [2].
- **Consentimiento informado limitado:** la explicación de riesgos, beneficios y alternativas terapéuticas se ve restringida, pudiendo derivar en un consentimiento no plenamente informado [2].

- **Instrucciones clínicas deficientes:** la transmisión de indicaciones sobre higiene oral, uso de medicamentos o cuidados postoperatorios se vuelve imprecisa, afectando los resultados terapéuticos a largo plazo [14].

A ello se suma el desconocimiento de la cultura sorda, lo que puede generar interacciones inapropiadas o malinterpretaciones que deterioran la confianza del paciente en el profesional [2].

B. Barreras de Interacción Clínica y Accesibilidad Inmediata

El entorno odontológico introduce factores que intensifican las barreras comunicacionales, incluso cuando el profesional intenta recurrir a estrategias alternativas al lenguaje de señas. Un ejemplo evidente es la lectura labial, utilizada por algunas personas con audición residual. Sin embargo, el uso de mascarillas y elementos de protección personal durante la atención elimina completamente esta vía de comunicación, dificultando la comprensión de indicaciones verbales [2, 14].

Otra limitación crítica es la falta de intérpretes certificados de lengua de señas en la mayoría de los centros odontológicos [2]. Ante esta ausencia, los profesionales suelen recurrir a soluciones improvisadas que implican riesgos éticos y clínicos, tales como:

- **Dependencia de familiares como intérpretes:** lo que compromete la confidencialidad y puede distorsionar información relevante [2].
- **Comunicación escrita:** útil en algunos casos, pero insuficiente para transmitir conceptos clínicos complejos; además, para muchos usuarios de LS, el español escrito no es su lengua materna.

Estas barreras inmediatas se entrelazan con las barreras de formación descritas previamente. Un profesional que recurre a gestos improvisados o a comunicación limitada no lo hace por falta de disposición, sino porque opera en un sistema que no lo formó ni le provee intérpretes, evidenciando un problema estructural y sistémico [2].

La práctica odontológica debe reconocer las barreras sistémicas que afectan el acceso de las personas sordas a la atención. Un estudio transversal de

Schniedewind et al. evidenció una marcada desigualdad en el agendamiento de citas: mientras los pacientes oyentes lograron obtener hora en el 64.4% de los intentos, los pacientes sordos que requerían intérprete de ASL solo lo consiguieron en el 49.1%. Además, casi la mitad de los rechazos (48.2%) se debieron directamente a la solicitud del intérprete. Estos resultados muestran una barrera administrativa significativa que impide que los pacientes con discapacidad auditiva accedan siquiera al acto clínico, dificultando la anamnesis, el consentimiento informado y el tratamiento odontológico oportuno (16).

C. Barreras Sistémicas y Organizacionales

El déficit comunicacional no se origina únicamente en el nivel individual del profesional, sino en las estructuras educativas y sanitarias que no integran la accesibilidad lingüística como un estándar de atención. La literatura destaca que estas barreras no pueden resolverse únicamente con cursos voluntarios de LS, ya que representan fallas sistémicas que requieren soluciones sistémicas [2, 19].

Entre las recomendaciones recurrentes se encuentran:

- La inclusión obligatoria de contenidos de lengua de señas y cultura sorda en la formación odontológica.
- La incorporación de teleinterpretación en lengua de señas (VRI) como recurso permanente.
- La creación de políticas públicas de financiamiento para garantizar intérpretes disponibles durante la atención.

Estas estrategias permitirían avanzar desde una atención basada en esfuerzos individuales hacia un modelo realmente inclusivo, coherente con los principios de accesibilidad y equidad en salud.

En conclusión, la barrera del lenguaje de señas es una causa fundamental de las disparidades en la salud oral para la comunidad sorda, perpetuando un ciclo de atención reactiva, insatisfacción y deterioro de la calidad de vida [1, 2]

2.4 Odontología y discapacidad auditiva

La atención odontológica de personas con discapacidad auditiva presenta desafíos particulares derivados de la naturaleza comunicativa y procedimental de la práctica dental. La interacción clínica requiere explicaciones claras, retroalimentación inmediata y un alto grado de comprensión por parte del paciente, por lo que la ausencia de una comunicación efectiva puede generar ansiedad, malentendidos y dificultades para el adecuado desarrollo del tratamiento [15]. Hay diversos estudios que han evidenciado que la mayoría de los odontólogos no dominan el lenguaje de señas, y esta carencia en la formación profesional universitaria contribuye directamente a una atención desigual y percibida, en muchos casos, como discriminatoria [2]

Diversos estudios internacionales han evidenciado que las personas sordas enfrentan barreras importantes para acceder a servicios odontológicos. Entre ellas, destacan la falta de profesionales capacitados en lengua de señas, la carencia de intérpretes certificados, la escasez de información accesible y la limitada adaptación de los entornos clínicos [1]. Estas barreras se traducen en inequidades en la salud bucal, reflejadas en una mayor prevalencia de caries, enfermedad periodontal y dificultades en la higiene oral en comparación con la población oyente (15, 16). Esto se puede evidenciar en un estudio descriptivo transversal realizado en el distrito de Khordha, India, evaluó a 540 niños HI de 5 a 15 años y reveló un estado periodontal deficiente. Se encontró una alta prevalencia de problemas periodontales (71.1%) , donde un 47.2% de los niños presentaba cálculo y un 23.9% sangrado al sondaje [18].

Un estudio realizado en La Habana mostró que la falta de comunicación directa entre profesional y paciente fue uno de los principales obstáculos reportados por personas sordas al momento de recibir atención odontológica, lo que afectó tanto la comprensión de los procedimientos como la percepción de seguridad durante la atención [10]. Asimismo, una revisión exploratoria identificó que la ausencia de estrategias comunicacionales adecuadas constituye un factor determinante en el acceso y en la calidad del tratamiento recibido por esta población [15]. En un estudio realizado en Arabia Saudita, se observó que la mayoría de los profesionales de la salud dental no contaba con capacitación en lengua de señas ni con experiencia

previa en la atención de pacientes sordos, lo que repercutió negativamente en la experiencia del proceso clínico [9].

La evidencia también señala que la falta de preparación del personal odontológico puede generar desconfianza, menor adherencia a las indicaciones y un limitado aprovechamiento de las instancias preventivas [15]. En contraste, cuando la comunicación es efectiva, ya sea mediante el uso de lengua de señas, intérpretes o recursos visuales adaptados se observa una mejora significativa en la comprensión, la relación profesional-paciente y la satisfacción con la atención [16, 24].

Estas dificultades destacan la necesidad de incorporar estrategias de accesibilidad comunicacional y de formación en lengua de señas en la práctica odontológica, tanto en el ámbito clínico como en la formación universitaria. Mejorar la comunicación no solo facilita la interacción clínica, sino que constituye una condición esencial para garantizar una atención segura, respetuosa y centrada en los derechos de las personas sordas. No obstante, existen iniciativas innovadoras que apuntan a revertir esta situación. En la Universidad de las Indias Occidentales en Jamaica, la enseñanza de la lengua de señas caribeña es parte obligatoria del currículo de los estudiantes de odontología. Esta medida ha demostrado mejoras significativas en la relación odontólogo-paciente, reduciendo las barreras comunicacionales y favoreciendo una atención más humanizada e inclusiva (8).

2.5 Relevancias de la investigación

La presente investigación adquiere relevancia debido a la limitada disponibilidad de estudios que analicen de forma sistemática las barreras comunicacionales que enfrentan las personas con discapacidad auditiva en la atención odontológica. Explorar estas dificultades permite comprender cómo la falta de estrategias comunicativas accesibles afecta el acceso, la comprensión de los tratamientos, la percepción de seguridad y la calidad de la atención recibida [14].

En Chile, el reconocimiento oficial de la Lengua de Señas Chilena mediante la Ley 21.303 y la creciente demanda por servicios sanitarios inclusivos subrayan la necesidad de generar evidencia que oriente acciones formativas, institucionales y políticas. La atención odontológica requiere una comunicación clara y bidireccional, por lo que identificar las barreras relacionadas con el uso de lengua de señas

constituye un paso fundamental para promover prácticas clínicas más equitativas y respetuosas de la diversidad lingüística [15, 25].

Estudios recientes han evidenciado que las personas sordas presentan desigualdades significativas en salud oral, asociadas a factores como la falta de intérpretes, la escasa preparación del personal dental y la insuficiente adaptación de los entornos clínicos [16]. En este contexto, una revisión sistemática de alcance permitirá mapear la evidencia disponible en la última década, identificar vacíos en el conocimiento y orientar futuras investigaciones y estrategias de intervención. De este modo, este estudio contribuye al fortalecimiento de políticas inclusivas, al diseño de programas formativos y a la mejora de la atención odontológica de personas con discapacidad auditiva.

Objetivos

Objetivo General

Identificar el uso y las barreras del lenguaje de señas en la atención odontológica de pacientes con discapacidad auditiva en el periodo 2015–2025, mediante una revisión sistemática de alcance.

Objetivos Específicos

i. Identificar las barreras profesionales (déficit de formación universitaria en LS) y estructurales ausencia de intérpretes reportadas en la literatura científica.
ii. Identificar las estrategias y protocolos de comunicación en Lengua de Señas (LS) reportados por la literatura para el ámbito odontológico
iii. Determinar las consecuencias clínicas de la falta de LS en la salud oral de las personas con discapacidad auditiva, según la evidencia revisada.

Metodología

3.1 Diseño del estudio

El presente trabajo corresponde a una Revisión Sistemática de Alcance (Scoping Review), elaborada siguiendo las recomendaciones metodológicas de la guía PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Extension for Scoping Reviews) descritas por Tricco et al. (2018). Este diseño permite mapear y sintetizar la evidencia disponible sobre un tema específico, identificar brechas de conocimiento y describir la profundidad, extensión y características de la literatura publicada, sin evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos.

La elección de esta metodología responde a la escasez de revisiones que aborden de forma integral las barreras comunicacionales en la atención odontológica de personas con discapacidad auditiva, particularmente aquellas relacionadas con el uso de lengua de señas en la última década (2015–2025).

3.2 Pregunta de investigación

Pregunta principal:

¿Qué barreras relacionadas con el uso de la lengua de señas han sido descritas en la literatura científica durante la atención odontológica de personas con discapacidad auditiva entre los años 2015 y 2025?

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Estudios publicados entre enero de 2015 y mayo de 2025.
2. Publicaciones en inglés o español.
3. Artículos originales, estudios cualitativos, descriptivos, transversales, revisiones o documentos oficiales que:

    - describan barreras de comunicación en salud oral,
    - mencionen lengua de señas, intérpretes o accesibilidad lingüística,
    - evalúen percepciones de pacientes o profesionales sobre atención odontológica.
4. Estudios realizados en cualquier país.
5. Estudios pertenecientes a cualquier nivel de atención odontológica.

Criterios de exclusión

1. Artículos sin acceso a texto completo.
2. Estudios centrados exclusivamente en implantes cocleares o audífonos sin relación con la atención dental.
3. Investigaciones de otras áreas de salud que no mencionen odontología.
4. Literatura gris no verificable o documentos duplicados.

3.4 Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en mayo de 2025 en las siguientes bases de datos: PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO, Web of Science y Google Scholar (este último como búsqueda complementaria).

Se utilizaron palabras clave y términos MeSH en inglés y español, combinados con operadores booleanos.

3.5 Proceso de selección de estudios

La selección se desarrolló siguiendo la metodología PRISMA-ScR.

1. **Identificación:** Se importaron todos los registros a Excel y se eliminaron duplicados.
2. **Tamizaje:** Dos revisores evaluaron títulos y resúmenes según los criterios definidos.
3. **Elegibilidad:** Se revisaron los textos completos y se excluyeron estudios que no abordaban barreras relacionadas con lengua de señas en odontología.

Los artículos que cumplieron con todos los criterios fueron incluidos en el análisis final.

3.6 Extracción de datos

Se diseñó una matriz de extracción con las siguientes variables: autor, año, país, tipo de estudio, población, objetivo, metodología, barreras identificadas, rol de lengua de señas e implicancias clínicas.

Dos revisores realizaron la extracción de manera independiente para garantizar consistencia y reducir sesgos.

3.7 Análisis y síntesis de la información

Los datos se analizaron mediante síntesis temática y mapeo conceptual, agrupando la información según:

- Dimensiones del modelo de acceso de Levesque.
- Tipologías de barreras identificadas en la literatura:
    - competencia profesional,
    - interacción clínica,
    - barreras sistémicas.

Los resultados se presentan en forma descriptiva, acompañados de tablas y figuras que resumen las principales barreras reportadas.

3.8 Consideraciones éticas

Al tratarse de un estudio basado en fuentes secundarias, no fue necesario solicitar aprobación a un comité de ética. No se utilizaron datos personales ni se involucró la participación de sujetos humanos.

3.9 Diagrama de flujo PRISMA-ScR

A continuación se describe el proceso de selección de estudios siguiendo el formato PRISMA-ScR:

- **Identificación:**

  Se encontraron 398 registros en PubMed/MEDLINE, 188 en Scopus, 89 en SciELO y 134 en otras fuentes.

  Tras eliminar duplicados, quedaron 532 registros para evaluación inicial
- **Tamizaje:**

  Se revisaron títulos y resúmenes, excluyendo 410 registros por no cumplir los criterios.
- **Elegibilidad:**

  Se evaluaron en texto completo 121 artículos, de los cuales 93 fueron excluidos por:
  - No mencionar lengua de señas (n = 27)
  - No relacionarse con odontología (n = 16)
  - No describir barreras comunicacionales (n = 32)
  - Otros motivos (n = 18)
- **Incluidos:**

  Finalmente, se incluyeron 28 estudios en la síntesis cualitativa

Resultados

4.1 Proceso de selección de estudios

La búsqueda realizada en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO y Google Scholar identificó un total de 809 registros.
Tras eliminar 277 duplicados mediante Mendeley y Rayyan, se evaluaron 532 registros en la fase de tamizaje (screening).
De ellos, se excluyeron 410 por no cumplir los criterios de inclusión definidos.

Posteriormente, se revisaron 121 artículos en texto completo, de los cuales 93 fueron excluidos por los siguientes motivos:

- No mencionan barreras comunicacionales relacionadas con lengua de señas (n = 32)
- No pertenecían al ámbito odontológico (n = 16)
- No mencionar lengua de señas(n = 27)
- Otros motivos (n = 18)

Finalmente, 28 estudios cumplieron todos los criterios y fueron incluidos en esta revisión sistemática de alcance.

Este proceso se resume en el diagrama de flujo PRISMA-ScR presentado previamente.

4.2 Características generales de los estudios incluidos

Los estudios incluidos en esta revisión sistemática de alcance corresponden a investigaciones publicadas entre los años 2015 y 2025, lo que evidencia un interés creciente durante la última década por abordar las barreras comunicacionales que enfrentan las personas con discapacidad auditiva en el ámbito de la atención odontológica y de la salud en general. La producción científica se concentra principalmente en países del continente americano y europeo, aunque también se identifican investigaciones provenientes de Asia y África, lo que confirma que esta problemática se manifiesta en diversos contextos socioculturales y sistemas de salud.

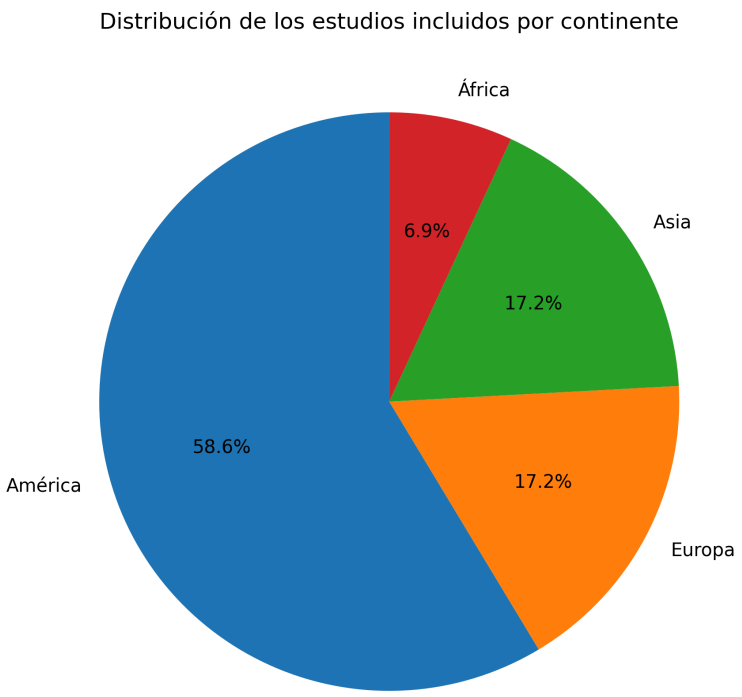


Figura 1. *Presenta la distribución de los estudios incluidos según el continente de origen. Se observa una mayor concentración de investigaciones provenientes del continente americano, seguido por Europa y Asia, mientras que África presenta una menor representación. Esta distribución evidencia una producción científica desigual entre regiones, aunque confirma que las barreras comunicacionales en la atención odontológica de personas con discapacidad auditiva constituyen una problemática de alcance global.*

Desde el punto de vista geográfico, la mayor proporción de estudios se desarrolló en América, con un predominio de investigaciones realizadas en Estados Unidos y Chile. En Europa, los estudios provienen principalmente del Reino Unido, España y Austria. Mientras que en Asia se concentran en India y Arabia Saudita. África se encuentra representada por un número menor de investigaciones, realizadas en Camerún y Etiopía. Esta distribución sugiere que, si bien las barreras comunicacionales en la atención odontológica de personas sordas constituyen un fenómeno global, la generación de evidencia es desigual entre regiones, con una mayor concentración en países de ingresos medios y altos.

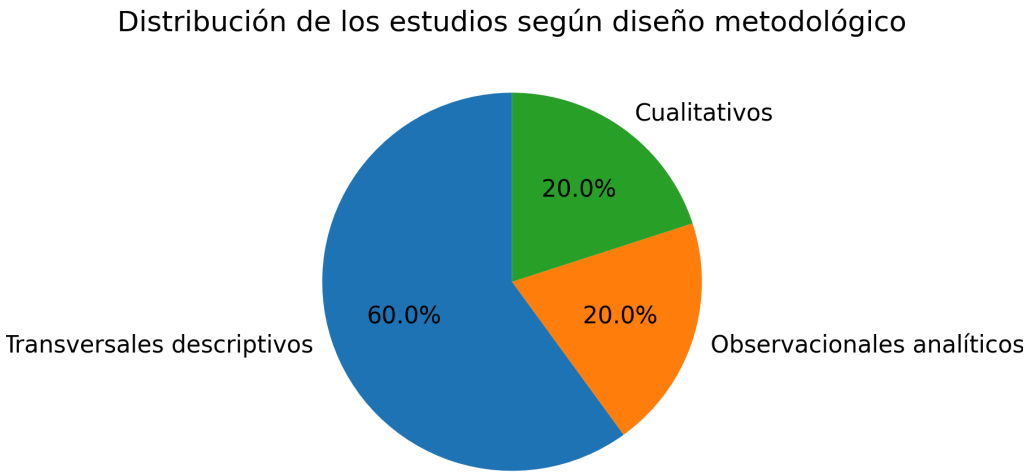


Figura 2. *Muestra la distribución de los estudios incluidos de acuerdo con su diseño metodológico. Predominan los estudios transversales descriptivos, seguidos por estudios observacionales analíticos y estudios cualitativos. Esta heterogeneidad metodológica refleja la diversidad de enfoques utilizados para abordar las barreras comunicacionales en la atención odontológica de personas con discapacidad auditiva.*

En relación con el diseño metodológico, predominan los estudios transversales descriptivos, los cuales utilizan encuestas, cuestionarios o evaluaciones clínicas para describir percepciones, conocimientos, actitudes y condiciones de salud oral en personas sordas o en profesionales de la odontología. En menor proporción, se identificaron estudios observacionales analíticos, que comparan grupos de personas sordas y oyentes o analizan asociaciones entre variables relacionadas con el acceso a la atención y la comunicación en salud. Asimismo, se incluyeron estudios cualitativos, centrados en el análisis de experiencias, percepciones y barreras vivenciadas por personas sordas, profesionales de la salud e intérpretes de lengua de señas.

Respecto a las poblaciones estudiadas, los artículos incluyen una amplia variedad de participantes, entre los que se encuentran personas sordas usuarias de lengua de señas, niños y adolescentes con discapacidad auditiva, estudiantes de odontología, profesionales odontológicos y otros integrantes del equipo de salud.

Esta diversidad permite abordar la problemática desde múltiples perspectivas, considerando tanto la experiencia del paciente como las limitaciones formativas y organizacionales del sistema de atención.

Finalmente, los estudios analizados abordan la temática desde distintos niveles del proceso de atención, incluyendo el acceso administrativo a los servicios, la interacción clínica durante la consulta odontológica y las condiciones estructurales que influyen en la accesibilidad comunicacional. En conjunto, estas características reflejan un cuerpo de evidencia heterogéneo en cuanto a enfoques metodológicos y contextos, pero consistente en señalar la presencia de barreras significativas que afectan la calidad y equidad de la atención odontológica de las personas con discapacidad auditiva.

4.3.1 Barreras comunicacionales

El análisis de los estudios incluidos evidenció que las barreras comunicacionales constituyen el principal obstáculo en la atención odontológica de personas sordas. En 24 de los 28 estudios incluidos (85%), se describen dificultades persistentes en la interacción entre el profesional odontológico y el paciente, asociadas principalmente a la ausencia de competencias en lengua de señas y a la limitada disponibilidad de intérpretes durante la atención clínica(1, 7, 9, 22)

Estas barreras se reportan de manera transversal en los distintos contextos geográficos analizados. En los estudios realizados en América y Europa, las dificultades comunicacionales aparecen de forma consistente, tanto en servicios públicos como privados, afectando etapas fundamentales del proceso odontológico, como la anamnesis, la explicación de diagnósticos y procedimientos, y la entrega de indicaciones preventivas y terapéuticas. De manera similar, los estudios provenientes de Asia describen limitaciones comunicacionales relevantes, particularmente vinculadas a la falta de formación en lengua de señas por parte de los profesionales(8, 16, 23). En el caso de África, las barreras comunicacionales se presentan asociadas a problemas estructurales y de acceso, reforzando la dificultad para establecer una comunicación efectiva durante la atención clínica(10).

En conjunto, estos resultados muestran que las barreras comunicacionales no corresponden a situaciones aisladas ni restringidas a un contexto específico, sino que constituyen un problema recurrente y ampliamente documentado en la literatura internacional(18, 20, 26).

4.3.2 Barreras administrativas y organizacionales

Además de las dificultades comunicacionales directas, los estudios incluidos identifican barreras administrativas que condicionan el acceso a la atención odontológica desde etapas previas al acto clínico. En particular, se describen obstáculos durante el proceso de agendamiento de citas, especialmente cuando los pacientes sordos solicitan la presencia de intérpretes de lengua de señas.(20, 26).

Los resultados muestran que, en diversos contextos, la falta de protocolos institucionales y de recursos destinados a la accesibilidad comunicacional deriva en la negación de citas, retrasos en la atención o derivaciones inapropiadas. Estas barreras administrativas limitan el acceso oportuno a la atención odontológica y, en algunos casos, impiden que el paciente llegue siquiera a la consulta clínica.(20, 21, 26).

Asimismo, varios estudios destacan que la ausencia de políticas claras dentro de los establecimientos de salud genera una dependencia de soluciones informales, como el uso de familiares como intérpretes, lo que compromete la confidencialidad y la autonomía del paciente.(7, 11, 18).

4.3.3 Barreras formativas y estructurales

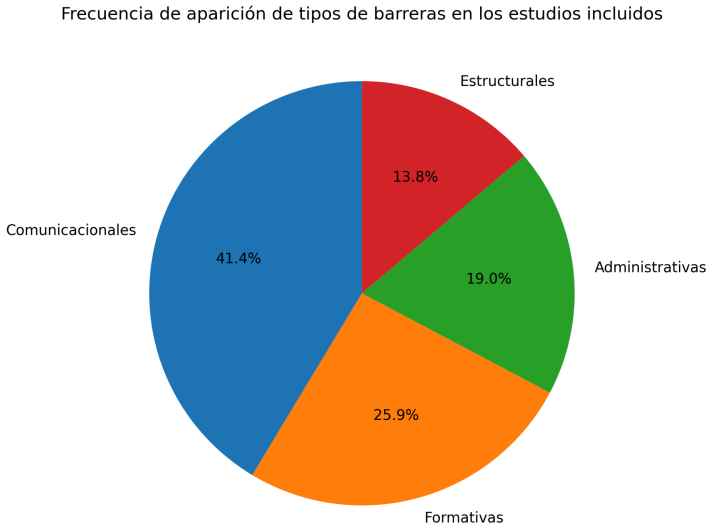


Figura 3. *Muestra la frecuencia con que se reportan los distintos tipos de barreras en la literatura analizada, observándose un claro predominio de las barreras comunicacionales, seguidas por barreras formativas y administrativas. En menor proporción, se identifican barreras estructurales, relacionadas con la disponibilidad de recursos y la implementación de medidas de accesibilidad comunicacional. Cabe señalar que un mismo estudio puede reportar más de un tipo de barrera, por lo que las frecuencias presentadas no son mutuamente excluyentes.*

Los estudios revisados coinciden en señalar que una de las principales causas subyacentes a las barreras comunicacionales es la falta de formación en lengua de señas y cultura sorda durante la formación universitaria de los profesionales de la salud, incluyendo odontología. La mayoría de los artículos reporta que los odontólogos no reciben instrucción formal en lengua de señas, lo que se traduce en inseguridad profesional y dificultades para enfrentar la atención de pacientes sordos.(1, 7, 16)

A nivel estructural, los resultados muestran una escasa incorporación de estrategias de accesibilidad comunicacional en los servicios odontológicos, tales como materiales educativos adaptados, señalética inclusiva o sistemas de interpretación remota. (11,12) Esta carencia se observa incluso en contextos donde existen marcos normativos que reconocen el derecho a la comunicación accesible, evidenciando una brecha entre la legislación y su implementación práctica.(21, 24)

4.4 Síntesis general de los hallazgos

En conjunto, los estudios incluidos muestran que las barreras comunicacionales son el principal obstáculo para la atención odontológica de personas sordas. La falta de acceso a interpretación en lengua de señas, sumada a la escasa formación profesional, limita: comprensión de diagnósticos, adherencia terapéutica, satisfacción del usuario y seguridad del proceso clínico.

Los hallazgos evidencian una necesidad urgente de integrar lengua de señas en la formación odontológica, establecer protocolos institucionales de accesibilidad, expandir el uso de tecnologías de teleinterpretación, garantizar intérpretes en servicios de salud.

Discusión

La presente revisión sistemática de alcance tuvo como objetivo analizar las barreras en el uso del lenguaje de señas en la atención odontológica de personas con discapacidad auditiva. A partir del análisis los hallazgos confirman que la barrera comunicacional representa el principal obstáculo para una atención de salud oral equitativa, segura y de calidad, aunque no es la única, ya que también se encuentran barreras en dimensiones geográficas, formativas, clínicas y estructurales. (3,12,13)

El hecho de que todos los estudios incluidos se hayan publicado en la última década (2015-2025) evidencia un cambio de paradigma, la comunidad científica y odontológica está comenzando a reconocer la discapacidad auditiva no solo como una condición médica, sino como un determinante social que requiere abordaje desde la comunicación y los derechos humanos.(8)

Sin embargo, la distribución geográfica de estos estudios revela una importante disparidad. Si bien existe una producción relevante en América (predominantemente Estados Unidos y Chile) y Europa, la escasa representación de África y Asia sugiere que en estas regiones las barreras podrían estar aún más invisibilizadas(11). Esto es preocupante, dado que las inequidades en salud suelen ser más profundas en países de ingresos bajos y medios, donde los recursos para la inclusión (como intérpretes o tecnología) son limitados. La concentración de estudios transversales descriptivo indica que la investigación se encuentra aún en una etapa de diagnóstico del problema, existiendo una necesidad de avanzar hacia estudios experimentales que evalúen la efectividad de intervenciones concretas.(11,13)

Los resultados de esta revisión coinciden de manera unánime en que la interacción clínica directa se ve gravemente comprometida por la ausencia de un código lingüístico compartido. A diferencia de otras barreras de acceso físico, la barrera comunicacional en odontología afecta la esencia misma del acto médico como es la anamnesis, el diagnóstico y el consentimiento informado.(2,16)

La falta de dominio de la lengua de señas por parte de los odontólogos obliga a recurrir a métodos improvisados (lectura labial, escritura o gestos básicos)(13,14). Sin embargo, estos métodos se han demostrado insuficientes y riesgosos,

especialmente en un contexto post-pandemia donde el uso de mascarillas anula la posibilidad de lectura labial. Esto genera un escenario de vulnerabilidad donde el paciente sordo no comprende los procedimientos a los que es sometido, lo que incrementa su ansiedad y disminuye su adherencia al tratamiento, perpetuando un ciclo de mala salud oral.

Una de las categorías temáticas más críticas que emergió del análisis es la barrera de competencia profesional. Los estudios señalan sistemáticamente que la inseguridad y la falta de preparación de los odontólogos no son fallas individuales, sino el resultado de un vacío curricular estructural en la formación universitaria. (1,7)

Al no incluir la lengua de señas ni la cultura sorda en los programas de pregrado, las universidades están egresando profesionales que, aunque competentes técnicamente, carecen de las herramientas humanísticas y comunicacionales para atender a este grupo poblacional. Esto valida la hipótesis de que la discriminación percibida por los pacientes no siempre es intencional, sino fruto de la ignorancia profesional y la falta de herramientas, lo que marca la urgencia de reformas curriculares inclusivas. (23)

Más allá de la interacción clínica, esta revisión identificó barreras administrativas y organizacionales que actúan como "filtros" excluyentes antes incluso de que el paciente llegue a la consulta. Los hallazgos sobre las dificultades en el agendamiento de citas y la falta de protocolos institucionales revelan un sistema de salud diseñado bajo una "norma oyente".

Un hallazgo éticamente preocupante reportado en la literatura es la dependencia de familiares como intérpretes ante la ausencia de intérpretes profesionales financiados por las instituciones. Esta práctica, normalizada por la falta de recursos, vulnera principios bioéticos fundamentales como la confidencialidad y la autonomía del paciente adulto, además de introducir riesgos de error en la traducción de términos médicos técnicos. La evidencia sugiere que la accesibilidad no depende solo de la voluntad del dentista, sino de políticas institucionales que financien intérpretes y tecnologías de teleinterpretación. (2,7)

En conclusión, la evidencia reunida entre 2015 y 2025 demuestra que las barreras para la atención odontológica de personas sordas son multidimensionales. No se

trata únicamente de que "el dentista no sabe señas", sino de una cadena de exclusión que comienza con la falta de formación universitaria, continúa con sistemas administrativos inaccesibles y culmina en una atención clínica insegura y generadora de ansiedad. La superación de estas brechas requiere transitar de la improvisación individual a la protocolización institucional y la formación académica obligatoria en lengua de señas.

Conclusión

La presente revisión sistemática de alcance evidencia que las barreras comunicacionales relacionadas con el uso de lengua de señas constituyen uno de los principales factores que limitan el acceso y la calidad de la atención odontológica de las personas con discapacidad auditiva. La falta de competencias lingüísticas en el equipo dental, la escasa disponibilidad de intérpretes certificados, la inexistencia de protocolos institucionales y la brecha entre la normativa vigente y su aplicación real configuran un escenario de inequidad que compromete el derecho a la salud y a la atención digna.

Los estudios revisados muestran que estas barreras afectan múltiples etapas del proceso de atención: desde la accesibilidad administrativa y la obtención de citas, hasta la interacción clínica, la comprensión de diagnósticos y la adherencia terapéutica. Asimismo, la evidencia internacional y nacional demuestra que la falta de comunicación efectiva se asocia a peores resultados en salud oral, mayor prevalencia de enfermedades bucales y experiencias negativas que promueven la evitación de la atención dental.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención odontológica inclusivo, que integre la formación obligatoria en lengua de señas y cultura sorda, la disponibilidad de intérpretes presenciales o remotos, y la implementación de procedimientos estandarizados de accesibilidad comunicacional. La adopción de estas medidas, además de alinearse con los marcos legales de derechos lingüísticos, permitiría mejorar la seguridad clínica, fortalecer la relación entre el profesional con el paciente y reducir las inequidades que actualmente afectan a la comunidad sorda.

Futuras investigaciones deberían centrarse en evaluar intervenciones concretas, su costo-efectividad y su impacto en los resultados de salud oral, especialmente en el contexto latinoamericano, donde la evidencia aún es limitada. Comprender y abordar estas barreras constituye un paso indispensable para garantizar una atención odontológica justa, accesible y culturalmente pertinente para todas las personas.

Referencias bibliográficas:

1. Muñoz Quispe ME, Mendoza Cóndor MJ, Cahuana Vílchez JE, Mattos-Vela MA. Personas sordas y lengua de señas: un enigma en odontología. Rev Cient Odontol (Lima). 2022;10(4):e135. doi:10.21142/2523-2754-1004-2022-135.
2. Vallejo-Izquierdo LA, Zaldumbide Samaniego HM, Rockenbach Binz-Ordoñez MC. Atención odontológica a personas con discapacidades auditivas: revisión de literatura. Dom Cien. 2023;9(4):598–611. doi:10.23857/dc.v9i4.3612.
3. Martínez S, Tutuy AJE, Barrios C, Dho MS, Romero MA, López MJD, et al. Estrategias de prevención en el paciente con deficiencia auditiva. Rev Fac Odontol UNNE [Internet]. 2019 [citado el 2 de junio de 2025];12(1):47–53. Disponible en: https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/3874
4. Narvaez NT. Plan nacional de salud auditiva y cuidado del oido para Chile 2021-2030 [Internet]. Minsal.cl. [citado el 2 de junio de 2025]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/PLAN-DE-SALUD-AUDITIVA-v2.pdf
5. Ximena Acuña Roberton Doma Adamo Quintela Irene cabrera Ramirez. Diccionario bilingue de lengua de señas Chilena-Español [Internet]. Mineduc.cl. 2009 [citado el 2 de junio de 2025]. Disponible en: https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2018/07/Diccionario_LSCh_A-H.pdf
6. Rediris E.1. El estudio de las lenguas de señas [Internet]. Rediris.es.2009[citado el 14 de diciembre de 2025] Disponible en: http://elies.rediris.es/elies28/pdfs/Capitulo_1_Tesis.pdf
7. Monaghan L, Schmaling C, Nakamura K, Turner G. *Many Ways to Be Deaf: International Variation in Deaf Communities*. Washington, DC: Gallaudet University Press; 2003. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/37706204_Many_Ways_to_Be_Deaf_International_Variation_in_Deaf_Communities
8. Jones T, Cumberbatch K. Sign language in dental education—A new nexus. *Eur J Dent Educ*. 2018;22(3):143–150. https://doi.org/10.1111/eje.12285
9. Al-Qahtani Y, Al-Naser H, Al-Nahawi D, Al-Tuwaijri F, Al-Abdullatif M, Al-Jewair T. Prevalencia y severidad de caries dental entre estudiantes varones sordos y con discapacidad auditiva en el este de Arabia Saudita. *Adv Dent Oral Health*. 2017;5(2):555658.Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319200500_Dental_Caries_Prevalence_and_Severity_among_Deaf_and_Hearing_Impaired_Male_Students_in_Eastern_Saudi_Arabia
10. Santos Pérez Y, Novoa López A. Percepción de estomatólogos sobre atención estomatológica a pacientes sordos. La Habana, 2016. *Rev haban cienc méd*. 2017;16(5):720–734. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1674
11. Mulwafu W, Kuper H, Ensink RJH. Prevalence and causes of hearing impairment in Africa: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 2016;21(2):158-65
12. Pamela H-DPL. THE FIGURE OF THE INTERPRETER IN CHILEAN SIGN LANGUAGE: CURRENT STATE AND CHALLENGES IN THE SCHOOL CONTEXT

[Internet]. Scopus.com. 2024 [citado el 22 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/85194161482
13. Parra, Elizabeth Henriquez, Felipe Campos, Valeria Send mail to Campos V. Cartes-Velásquez, Ricardo. Adjustments for the care of people with sensory disabilities in primary health centers [Internet]. Scopus.com. 2022 [citado el 22 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/85166675592
14. Hernández C, Robles N, Medina C, Jiménez S, Centeno C. Manejo odontológico del paciente con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 Sep [citado 2025 Dic 14] ; 54(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000300009&lng=es.
15. Campos V, Cartes-Velásquez R, McKee M. Oral Health and Dental Care in Deaf and Hard of Hearing Population: A Scoping Review. Oral Health Prev Dent. 2020;18(3):417-26
16. Schniedewind E, Lindsay RP, Snow S. Comparison of Access to Primary Care Medical and Dental Appointments Between Simulated Patients Who Were Deaf and Patients Who Could Hear. JAMA Netw Open. 2021;4(1):e2033744.
17. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Ley N° 21.303. Reconoce a la lengua de señas como la lengua oficial de las personas sordas. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2021.
18. Jnaneswar A, Subramaniya GB, Pathi J, Jha K, Suresan V, Kumar G. Assessment of dental caries and periodontal status in institutionalized hearing impaired children in Khordha District of Odisha. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2017;35(3):203-8. Disponible en: https://journals.lww.com/jped/fulltext/2017/35030/assessment_of_dental_caries_and_periodontal_status.5.aspx
19. Muppalla SP, Cheruku SR, Sawthi SS, Mohammad Z, Gollapalli A, Mehta J. Knowledge, attitude and practices among pediatric dental postgraduates and practicing pedodontists on sign language. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2025;43(2):202-8.
20. De Meulder M, Haualand H. Sign language recognition, legal status, and language rights: a cross-national comparison. *Lang Policy*. 2019;18(5):1–27.
21. Napier J, Skinner R, Braun S. Sign language interpreting in healthcare settings: A study of barriers and strategies. *Patient Educ Couns*. 2018;101(7):1231–38.
22. McKee MM, Barnett S, Block RC, Pearson TA. Impact of communication on preventive services among deaf American Sign Language users. *Am J Prev Med*. 2011;41(1):75–79.
23. Middleton A, Turner GH, Bitner-Glindzicz M, Hewison J. Preferences for communication in clinic from deaf people: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013;3(1):e002379.
24. Kuenburg A, Fellinger P, Fellinger J. Health care access among deaf people. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2016;21(1):1–10.
25. Pizarro E, Soto R. Barreras de comunicación en la atención odontológica de personas sordas en Chile. *Rev Chil Salud Pública*. 2020;24(3):211–220.

26. McKee MM, Paasche-Orlow MK, Winters PC, Fiscella K, Zazove P, Sen A, Pearson T. Assessing Health Literacy in Deaf American Sign Language Users. J Health Commun. 2015;20 Suppl 2(0 2):92-100. doi: 10.1080/10810730.2015.1066468.
27. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.
28. Emond A, Ridd M, Sutherland H, Allsop L, Alexander A, Kyle J. The current state of health care for deaf people in the UK. *BMJ*. 2015;350:h654.