



**Experiencia subjetiva de recibir atención en salud integral con y sin lengua de señas de  
personas sordas en 2025: Revisión documental**

**Trabajo de grado para optar por el título de Psicología**

**Maria Jose Diaz Muñoz**

**Asesor**

**Karl Fernando Estrada Orozco**

**Título académico del asesor**

**Corporación Universitaria Lasallista**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Programa de Psicología**

**Caldas, Antioquia**

**2025**

## Agradecimiento

El presente trabajo de grado fue posible gracias al apoyo, acompañamiento y orientación de diversas personas y entidades que contribuyeron de manera significativa a su desarrollo. En primer lugar, agradezco profundamente a mi familia, quienes con su amor, paciencia y confianza incondicional me brindaron la fortaleza necesaria para continuar, incluso en los momentos de mayor dificultad. Su apoyo ha sido un pilar fundamental a lo largo de este proceso académico y personal.

De manera especial, quiero agradecer a mis amigas, quienes estuvieron presentes con palabras de ánimo, compañía y comprensión en cada etapa de este camino. Su apoyo emocional, su capacidad para escuchar y su presencia constante hicieron más llevadero este proceso y me recordaron la importancia de la amistad sincera.

Extiendo también mi gratitud a mi asesor(a) de trabajo de grado, cuya guía, dedicación y rigor académico fueron esenciales para la construcción y culminación de este proyecto. Sus orientaciones enriquecieron la investigación y fortalecieron mi formación profesional.

Agradezco a la institución y al programa de Psicología por brindarme los espacios, recursos y oportunidades necesarias para el desarrollo de esta investigación. Reconozco, además, el compromiso de los docentes que hicieron parte de mi formación y que aportaron conocimientos y motivación valiosa en mi proceso académico.

Agradezco a todas las personas que, directa o indirectamente, contribuyeron al crecimiento de esta investigación y a mi formación como profesional. Cada aporte, por pequeño que fuera, hizo parte esencial de este gran logro.

Finalmente quiero agradecerme a mí misma por la dedicación, la constancia y la fortaleza que tuve durante todo este proceso. Reconozco el esfuerzo invertido, las horas de estudio, los momentos de duda superados y la capacidad de seguir adelante a pesar de las dificultades. Este logro también es resultado de mi compromiso personal y de la confianza que mantuve en mis propias capacidades.

## Resumen

El presente trabajo de grado tuvo como objetivo analizar las experiencias subjetivas de las personas sordas en los servicios de salud integral entre 2019 y 2025, comparando la atención recibida con y sin el uso de la Lengua de Señas Colombiana (LSC). Para ello, se realizó una revisión documental sistemática bajo los lineamientos PRISMA, en la que se seleccionaron y examinaron estudios recientes relacionados con accesibilidad comunicativa, atención en salud física y mental, participación de intérpretes clínicos y prácticas profesionales inclusivas. La metodología incluyó una búsqueda rigurosa en bases de datos académicas y la elaboración de una matriz de análisis para organizar los hallazgos. Los resultados evidenciaron que la ausencia de accesibilidad comunicativa constituye la principal barrera en el acceso a la salud para la población sorda, generando experiencias de frustración, desconfianza, malentendidos diagnósticos y abandono de tratamientos. En contraste, la atención mediada por lengua de señas ya sea mediante intérpretes especializados o profesionales bilingües favoreció procesos de comprensión clínica, fortaleció la alianza terapéutica y promovió una vivencia emocional positiva durante los servicios médicos y psicológicos. Asimismo, se encontró que la comunicación accesible no solo mejora los resultados clínicos, sino que constituye un componente fundamental del bienestar subjetivo y del ejercicio del derecho a la salud. En conclusión, el estudio confirma la necesidad de incorporar la LSC como elemento estructural en la atención sanitaria y psicológica, y resalta la importancia de que el sistema de salud implemente prácticas inclusivas que garanticen atención digna, equitativa y culturalmente pertinente para las personas sordas.

**Palabras clave:** lengua de señas, accesibilidad comunicativa, personas sordas, salud integral, psicología.

## Tabla de contenido

Introducción .....	5
Planteamiento del problema.....	6
Formulación del problema .....	7
Justificación .....	10
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos .....	14
Marco teórico .....	13
Antecedentes históricos .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Marco conceptual.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Marco legal .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Metodología .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Diseño de investigación.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Instrumento .....	18
Estrategias de análisis .....	18
Criterios de inclusión .....	19
Criterios de exclusión .....	19
Resultados .....	38
Conclusiones.....	38
Recomendaciones .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Referencias.....	30
Apéndice .....	35
Apéndice A.....	35

## Introducción

La discapacidad constituye un desafío prioritario en el campo de la salud pública, no solo por su impacto en la calidad de vida de quienes la presentan, sino también por las desigualdades sociales que profundiza en el acceso a servicios sanitarios y psicológicos. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), más de mil millones de personas en el mundo viven con algún tipo de discapacidad, y gran parte de ellas enfrentan barreras físicas, comunicativas y actitudinales que limitan su acceso equitativo a los servicios de salud. En América Latina y el Caribe, esta situación se acentúa debido a factores estructurales como la inequidad socioeconómica y la insuficiente implementación de políticas inclusivas (Gatta et al., 2024).

En el contexto colombiano, la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y la Ley 1751 de 2015 reconocen el derecho fundamental a la salud y establecen lineamientos para garantizar la atención integral de las personas con discapacidad. Sin embargo, investigaciones recientes evidencian la persistencia de barreras significativas, entre ellas las arquitectónicas, las administrativas y las relacionadas con la formación del talento humano en salud, lo cual dificulta el acceso oportuno y digno a la atención médica general y a los servicios de psicoterapia (Garavito et al., 2023; Restrepo & Pérez, 2020).

En el departamento de Caldas, Antioquia, se han formulado políticas públicas orientadas a la inclusión y a la reducción de brechas en salud (Gobernación de Caldas, 2022). No obstante, estudios locales reportan que las personas con discapacidad física o movilidad reducida continúan enfrentando situaciones de exclusión en los entornos hospitalarios y comunitarios, lo que limita su autonomía y bienestar emocional (Aldana, 2023; Izquierdo Martínez et al., 2025). Dichas problemáticas se intensifican en el ámbito de la salud mental, donde la ausencia de ajustes

razonables y de servicios adaptados interfiere en la efectividad de los procesos psicoterapéuticos (Crowe & Lowe, 2020).

A partir de lo anterior, este trabajo de investigación busca aportar a la comprensión de las experiencias subjetivas de las personas con discapacidad física o movilidad reducida frente al acceso a la atención médica general y a la psicoterapia en Caldas, Antioquia. La relevancia del estudio radica en visibilizar las percepciones y necesidades de esta población, con el propósito de generar insumos que fortalezcan la implementación de políticas públicas inclusivas y la práctica clínica sensible a la diversidad funcional.

## Planteamiento del problema

La salud es un derecho humano fundamental reconocido en múltiples tratados internacionales y marcos normativos nacionales, lo que implica que debe garantizarse de manera accesible, equitativa y sin discriminación. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que las personas sordas, especialmente aquellas que emplean la lengua de señas como principal medio de comunicación, experimentan una serie de desigualdades significativas en su acceso a servicios de salud integral. Estas desigualdades se traducen en experiencias subjetivas de exclusión, incomunicación y falta de comprensión, que afectan no solo la relación médico-paciente o terapeuta-paciente, sino también la eficacia de los tratamientos y el bienestar integral de las personas (Rogers et al., 2024).

A nivel internacional, la literatura ha documentado reiteradamente cómo la falta de intérpretes especializados, la ausencia de profesionales de salud capacitados en lengua de señas y los prejuicios asociados a la sordera constituyen obstáculos estructurales que vulneran el derecho a la salud de esta población (Napier & Leeson, 2016). Los efectos de estas barreras van más allá de la comunicación inmediata: las personas sordas tienden a presentar mayores dificultades en la comprensión de diagnósticos, indicaciones médicas y prescripciones, lo que se refleja en una adherencia reducida a los tratamientos, diagnósticos tardíos y resultados clínicos menos favorables (O’Riordan et al., 2024). Estas problemáticas generan, además, un impacto en la dimensión subjetiva de la experiencia en salud, caracterizado por sentimientos de frustración, desconfianza hacia las instituciones y, en muchos casos, abandono de los servicios de salud.

En el contexto latinoamericano, y en particular en Colombia, el panorama presenta similitudes y agravantes. Aunque la Lengua de Señas Colombiana (LSC) ha sido reconocida oficialmente como lengua de la comunidad sorda mediante la Ley 324 de 1996 y se han expedido políticas de inclusión a través de leyes como la Ley 1618 de 2013, la implementación práctica de

estas disposiciones enfrenta importantes desafíos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). La escasez de intérpretes con formación en entornos clínicos, la falta de protocolos estandarizados en hospitales y centros de salud y la ausencia de formación sistemática de los profesionales sanitarios en accesibilidad comunicativa configuran un escenario en el que el derecho a la salud de las personas sordas se ve comprometido (Garavito et al., 2023).

En el ámbito de la salud mental, las dificultades se intensifican. Estudios recientes han señalado que los servicios de salud mental en Colombia enfrentan múltiples barreras de implementación, entre ellas las asociadas al acceso de poblaciones vulnerables como las personas sordas (Garavito et al., 2023). En Antioquia, investigaciones locales han identificado que los usuarios sordos perciben los servicios de psicología y psiquiatría como espacios donde sus necesidades comunicativas no son atendidas de forma adecuada, lo que genera una relación terapéutica deficiente y, en muchos casos, abandono prematuro del tratamiento (Restrepo & Pérez, 2020). Estas experiencias subjetivas son consistentes con hallazgos internacionales que muestran cómo la ausencia de comunicación accesible en psicoterapia conduce a sentimientos de aislamiento y a la percepción de que la terapia no es útil o significativa (Napier & Leeson, 2016).

De acuerdo con Aldana (2023), las representaciones sociales que las personas sordas construyen en torno a la salud están fuertemente mediadas por la accesibilidad de la información y por las experiencias previas de interacción con el sistema de salud. Cuando estas interacciones son negativas, se configuran patrones de desconfianza que limitan el uso posterior de los servicios médicos. Esto significa que la falta de accesibilidad comunicativa no solo afecta la atención inmediata, sino que condiciona la relación futura entre las personas sordas y las instituciones de salud, perpetuando un círculo de exclusión.

En este sentido, la revisión de literatura publicada entre 2019 y 2025 pone en evidencia un aumento del interés académico y científico en torno a la relación entre lengua de señas y atención

en salud. Sin embargo, la mayoría de los estudios se centran en describir las barreras existentes, mientras que son pocos los que analizan comparativamente la experiencia subjetiva de recibir atención con lengua de señas frente a la que ocurre sin este recurso (Barreto, 2023; Rogers et al., 2024). Esta ausencia de estudios comparativos dificulta la comprensión de cómo diferentes modalidades comunicativas (atención con intérprete en salud, atención directa con profesionales que manejan LSC, atención sin mediación de lengua de señas) impactan de manera diferencial en la vivencia subjetiva de los usuarios.

El caso del municipio de Caldas, Antioquia, es representativo de estas tensiones. Aunque existen esfuerzos institucionales por garantizar accesibilidad y programas orientados a personas con discapacidad, todavía no se cuenta con investigaciones que sistematicen la experiencia subjetiva de los usuarios sordos en el acceso a la atención en salud integral. La ausencia de este tipo de evidencia limita la formulación de políticas públicas locales, el diseño de protocolos de atención y la formación profesional, tanto de intérpretes como de trabajadores de la salud.

Las consecuencias de esta brecha de conocimiento son múltiples. En el plano clínico, se traduce en diagnósticos menos precisos, tratamientos ineficaces y menor adherencia por parte de los pacientes sordos. En el plano social, contribuye al aislamiento y a la exclusión de una población que ya enfrenta desigualdades estructurales. Finalmente, en el plano académico y profesional, evidencia la necesidad de formar a futuros psicólogos, médicos y terapeutas en competencias lingüísticas y culturales que les permitan brindar una atención de calidad a las personas sordas (Garavito et al., 2023; Restrepo & Pérez, 2020).

En conclusión, existe una brecha sustancial en la literatura científica reciente respecto a la comparación de experiencias subjetivas de atención en salud integral con y sin lengua de señas. Esta laguna investigativa no solo impide la producción de conocimiento útil y contextualizado, sino que además limita el avance de la inclusión efectiva en los servicios de salud. Por ello, resulta

pertinente y necesario realizar una revisión documental con metodología PRISMA, que permita consolidar la evidencia científica publicada entre 2019 y 2025 en diferentes bases de datos y fuentes académicas, para aportar a la construcción de políticas públicas, programas de formación y protocolos clínicos que garanticen una atención en salud integral verdaderamente inclusiva para las personas sordas, particularmente en contextos locales como el municipio de Caldas, Antioquia.

## **Formulación del problema**

¿Cuáles son las experiencias subjetivas de las personas sordas con y sin lengua de señas en relación con el acceso y la calidad de la atención en salud integral entre 2019 y 2025?

## **Justificación**

El derecho a la salud es reconocido como un pilar fundamental para el bienestar de las personas y las comunidades. Sin embargo, las personas sordas que emplean la lengua de señas como medio principal de comunicación continúan enfrentando barreras estructurales y subjetivas que limitan su acceso equitativo a servicios de salud integral. Estas barreras se expresan en la ausencia de profesionales capacitados en lengua de señas, la escasez de intérpretes en contextos clínicos y la falta de protocolos adecuados para garantizar una atención cultural y lingüísticamente pertinente (Bendixen, 2018; Restrepo & Pérez, 2020).

En los últimos años, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (2021) han señalado que la sordera no debe ser vista únicamente como una condición clínica, sino como una experiencia social y cultural que requiere respuestas diferenciadas desde los sistemas de salud. La literatura especializada coincide en que la inaccesibilidad comunicativa incide negativamente en los procesos diagnósticos, la adherencia a los tratamientos y la satisfacción de los usuarios (Humphries et al., 2012; Zazove et al., 2014).

En Colombia, aunque se reconoce la Lengua de Señas Colombiana (LSC) como lengua oficial de la comunidad sorda y se han desarrollado instrumentos como el Diccionario básico de la lengua de señas colombiana (INSOR, 2011), la implementación práctica de la accesibilidad en el ámbito sanitario sigue siendo deficiente. Estudios recientes muestran que las personas sordas experimentan sentimientos de aislamiento y exclusión al acudir a servicios de salud mental y

atención médica general, lo que impacta no solo en la eficacia de los tratamientos, sino también en su experiencia subjetiva de cuidado (Martínez, 2019; Rodríguez & Méndez, 2021).

Desde una perspectiva subjetiva, autores como González Rey (2004, 2006, 2010, 2013) han resaltado que la experiencia de las personas en contextos de interacción social incluido el de la salud se configura en procesos de construcción simbólica. Para la población sorda, esta construcción está fuertemente mediada por la comunicación y por el reconocimiento de su lengua y cultura. La ausencia de estos elementos en los procesos de atención en salud conduce a experiencias subjetivas marcadas por la incompreensión y la invisibilidad (Crowe & Lowe, 2020).

La literatura evidencia la existencia de dos modalidades principales de atención en salud para las personas sordas: aquella que incorpora la lengua de señas (a través de profesionales sordos, profesionales oyentes capacitados en LSC o mediante intérpretes) y aquella que prescinde de este recurso, basándose en estrategias orales o escritas. Diversos estudios han documentado que la primera modalidad favorece la calidad de la interacción, la confianza en la relación terapéutica y los resultados clínicos (Castro & López, 2018; Moreno-Murcia & Medina-Arboleda, 2020). En contraste, cuando la atención se da sin lengua de señas, los usuarios refieren experiencias de frustración, malentendidos diagnósticos y dificultades para seguir indicaciones médicas (Calderón, 2020; García & López, 2020).

La necesidad de esta investigación se fundamenta en la escasez de revisiones sistemáticas recientes que sinteticen y comparen la experiencia subjetiva de recibir atención con y sin lengua de señas. Trabajos previos se han limitado a describir barreras generales o a analizar casos específicos (Giraldo Guzmán & Torres Copete, 2021; Smith, 2021). Sin embargo, el enfoque en la experiencia subjetiva, desde las percepciones y vivencias de los usuarios sordos, es esencial para orientar políticas públicas, programas de formación profesional y el diseño de protocolos clínicos culturalmente pertinentes.

La metodología PRISMA constituye una herramienta rigurosa para alcanzar este propósito, ya que permite sistematizar la evidencia científica disponible entre 2019 y 2025, evaluar la calidad de los estudios y ofrecer una síntesis crítica de los hallazgos. Con ello, se busca no solo identificar las principales barreras y facilitadores en la atención a personas sordas, sino también visibilizar la manera en que las diferentes modalidades de comunicación inciden en su experiencia subjetiva.

En consecuencia, esta investigación se justifica en tres niveles:

- 1. Académico:** al consolidar un cuerpo de evidencia actualizado que oriente la investigación futura y fortalezca la formación en psicología y ciencias de la salud.
- 2. Social:** al visibilizar las experiencias de exclusión e inequidad que vive la comunidad sorda, aportando insumos para la construcción de una sociedad más justa.
- 3. Político y práctico:** al generar recomendaciones que puedan incorporarse en las políticas de salud pública y en la capacitación de profesionales e intérpretes.

En suma, dar voz a las experiencias subjetivas de las personas sordas en contextos de atención en salud, y comparar cómo estas se configuran con y sin lengua de señas, es una tarea necesaria para avanzar hacia un sistema de salud integral, inclusivo y respetuoso de la diversidad lingüística y cultural.

## Objetivos

### Objetivo general

Cuáles son las experiencias subjetivas de las personas sordas con y sin lengua de señas en relación con el acceso y la calidad de la atención en salud integral entre 2019 y 2025

### Objetivos específicos

1. Comprender la relación entre el profesional de la salud y las personas sordas considerando las dimensiones de la comunicación, la empatía y la conexión emocional
2. Conocer las experiencias en la atención de salud integral y como influyen en la percepción en personas sordas
3. Sondear el contexto cultural y social influye en la experiencia de la psicoterapia de las personas sordas

## Marco Teórico

### 1. Antecedentes históricos

El abordaje de la sordera y la atención en salud de las personas sordas ha atravesado diferentes concepciones a lo largo de la historia. Durante siglos, la sordera fue considerada exclusivamente desde un paradigma médico-rehabilitador, centrado en la deficiencia auditiva como una limitación que debía ser corregida a través de métodos orales y tecnológicos. Esta visión, predominante hasta mediados del siglo XX, invisibilizó las formas de comunicación propias de la comunidad sorda y generó prácticas de exclusión en ámbitos educativos, laborales y sanitarios (Humphries et al., 2012).

Con la consolidación del movimiento de personas sordas y el reconocimiento de las lenguas de señas como lenguas naturales, se produjo un cambio significativo en el enfoque. En Colombia, el Instituto Nacional para Sordos (INSOR) jugó un papel fundamental en este proceso, especialmente con la elaboración del Diccionario básico de la lengua de señas colombiana (INSOR, 2011) y otros esfuerzos por visibilizar a la Lengua de Señas Colombiana (LSC) como un recurso comunicativo legítimo y esencial. A partir de la Ley 324 de 1996 y de la Ley 982 de 2005, la LSC fue reconocida oficialmente como lengua de la comunidad sorda en el país, estableciendo el derecho a una comunicación accesible en diferentes ámbitos, incluyendo la salud.

Sin embargo, el tránsito de un modelo médico hacia un modelo socio-cultural no se ha completado. Investigaciones en contextos latinoamericanos evidencian que persisten prácticas institucionales que priorizan la oralidad, dificultando la accesibilidad real a los servicios de salud. En Colombia, estudios reportan que los usuarios sordos continúan enfrentando barreras comunicativas y ausencia de intérpretes, lo que repercute negativamente en la calidad de la atención y en su vivencia subjetiva (Martínez, 2019; Restrepo & Pérez, 2020).

En este sentido, la historia de la atención en salud para personas sordas refleja tensiones entre la mirada clínica de la sordera como deficiencia y la perspectiva cultural y lingüística que la reconoce como una identidad. Este trasfondo histórico es indispensable para comprender la situación actual y los desafíos que enfrenta la población sorda en 2025.

## **2. Marco conceptual**

### **2.1. Experiencia subjetiva**

El concepto de experiencia subjetiva es central para esta investigación, dado que se refiere a la manera en que los individuos interpretan, significan y resignifican sus vivencias en contextos sociales y culturales específicos. González Rey (2004, 2006, 2010, 2013) ha planteado que la subjetividad no es un fenómeno meramente individual, sino un proceso dinámico de construcción simbólica que emerge en la interacción con los otros y con las instituciones sociales.

Aplicado al ámbito de la salud, la experiencia subjetiva permite comprender no solo los resultados clínicos objetivos, sino también la percepción de inclusión, confianza, dignidad y bienestar que las personas desarrollan en los procesos de atención. En el caso de las personas sordas, esta experiencia está mediada por factores como la accesibilidad comunicativa, la presencia de intérpretes, la formación del personal de salud en LSC y el reconocimiento de su identidad cultural (Crowe & Lowe, 2020).

### **2.2. Atención en salud integral**

La atención en salud integral se entiende como el conjunto de acciones que buscan garantizar el bienestar físico, mental y social de las personas. La OMS (2021) ha enfatizado que este enfoque debe incluir no solo servicios médicos, sino también estrategias que promuevan la participación activa de los usuarios y la eliminación de barreras de acceso. Para la población sorda, la integralidad implica que el sistema de salud incorpore mediaciones comunicativas adecuadas y protocolos diferenciados que reconozcan sus necesidades específicas (Zazove et al., 2014).

En Colombia, aunque el marco normativo respalda el acceso inclusivo, en la práctica la atención en salud integral se encuentra limitada por la falta de formación de los profesionales en lengua de señas y por la escasez de recursos destinados a la accesibilidad (Rodríguez & Méndez,

2021). De ahí que el análisis de experiencias subjetivas con y sin lengua de señas resulte fundamental para evaluar la verdadera integralidad del sistema.

### **2.3. Comunicación y lengua de señas**

La lengua de señas constituye el principal medio de comunicación de la comunidad sorda y, al mismo tiempo, un marcador de identidad cultural. Diversos estudios han demostrado que la atención en salud mediada por lengua de señas favorece la comprensión del diagnóstico, la adherencia terapéutica y la satisfacción de los usuarios (Castro & López, 2018; Moreno-Murcia & Medina-Arboleda, 2020).

Cuando se omite este recurso y se recurre únicamente a modalidades orales o escritas, se generan experiencias de incomunicación y frustración que afectan tanto los resultados clínicos como la dimensión emocional del proceso de cuidado (Calderón, 2020; García & López, 2020). Por ello, la lengua de señas no debe considerarse un elemento accesorio, sino un componente fundamental de la accesibilidad en salud integral.

## **Marco Legal**

### ***Normativa internacional***

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), ratificada en Colombia mediante la Ley 1346 de 2009.
- Lineamientos de la Organización Mundial de la Salud sobre sordera y pérdida auditiva (OMS, 2021).

### ***Normativa nacional***

- Constitución Política de Colombia (1991), artículos 13 y 49.
- Ley 324 de 1996 (reconocimiento de la Lengua de Señas Colombiana).
- Ley 982 de 2005 (inclusión de personas sordas y sordociegas).

- Ley Estatutaria 1618 de 2013 (derechos de las personas con discapacidad).
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 (derecho fundamental a la salud).
- Decreto 1421 de 2017 (atención educativa para personas con discapacidad).

***Normativa departamental y municipal (Caldas, Antioquia)***

- Ordenanza 9 de 2015 de la Asamblea de Antioquia (Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social).
- Acuerdo Municipal 013 de 2019 de Caldas, Antioquia (Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social 2019–2029).
- Decreto Municipal 254 de 2022 de Caldas, Antioquia (creación del Comité Municipal de Discapacidad).
- Plan de Acción Departamental de la Política de Discapacidad (Gobernación de Caldas, 2022).
- Resolución S2021060085610 de 2022 (certificación de discapacidad - Antioquia)

## **Metodología.**

### **Diseño de investigación**

El presente trabajo se fundamenta en un diseño de revisión documental sistemática, entendido como una modalidad de investigación que permite analizar de manera crítica y ordenada la producción académica existente sobre un fenómeno específico. A diferencia de las revisiones narrativas, las revisiones sistemáticas utilizan criterios explícitos de inclusión, exclusión y síntesis de datos, lo que otorga mayor rigurosidad y validez a los hallazgos obtenidos (Hernández-Sampieri et al., 2021).

Para su desarrollo se adoptaron los lineamientos de la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), reconocida internacionalmente por establecer pautas claras en la identificación, selección y evaluación de la literatura científica. PRISMA permite asegurar la transparencia en cada fase del proceso y reducir el riesgo de sesgos, lo que la convierte en un referente metodológico para revisiones documentales de alta calidad (Moher et al., 2015).

El modelo PRISMA está compuesto por cuatro fases fundamentales: identificación, selección, elegibilidad e inclusión. En la fase de identificación se realiza una búsqueda exhaustiva de fuentes relevantes; en la fase de selección se aplican criterios de inclusión y exclusión; en la fase de elegibilidad se revisan los textos completos; y finalmente, en la fase de inclusión, se determina el corpus documental definitivo. Este procedimiento ofrece trazabilidad metodológica y garantiza que la revisión se realice de forma sistemática y replicable (Moher et al., 2015).

El estudio se delimitó temporalmente a las publicaciones realizadas entre 2019 y 2025, con el fin de asegurar la pertinencia y actualidad de los hallazgos. Este rango resulta crucial, ya que en los últimos años se han producido avances normativos y académicos en torno a la atención de la población sorda, lo que justifica el interés en analizar investigaciones recientes (Hernández-Sampieri et al., 2021).

## **Instrumento**

Para la organización de la información se empleó una matriz de análisis documental, diseñada con base en los criterios PRISMA. Esta herramienta permite registrar de manera homogénea las características de cada estudio, facilitando la comparación posterior. La matriz incluyó categorías como: referencia bibliográfica, año de publicación, tipo de documento, enfoque metodológico, población analizada, modalidad de atención (con lengua de señas/sin lengua de señas), principales hallazgos, limitaciones y aportes a la comprensión de la experiencia subjetiva en salud integral (Braun & Clarke, 2006).

La utilización de este instrumento asegura la sistematicidad del proceso y reduce el riesgo de sesgos al aplicar criterios uniformes de análisis en todas las fuentes revisadas. Al mismo tiempo, posibilita la construcción de una base de datos estructurada que facilita la síntesis de información y su posterior análisis crítico (Hernández-Sampieri et al., 2021).

## **Estrategia de análisis**

La información recolectada mediante la matriz fue sometida a un análisis temático cualitativo, el cual permite identificar patrones, convergencias y divergencias dentro de los estudios revisados (Braun & Clarke, 2006). Este enfoque metodológico es idóneo para captar dimensiones subjetivas, como las percepciones y experiencias de las personas sordas en los procesos de atención en salud integral, que no pueden ser reducidas únicamente a indicadores cuantitativos.

El análisis se estructuró en torno a tres ejes centrales:

1. Barreras y facilitadores en la atención en salud de personas sordas.
2. diferencias en la experiencia subjetiva de acuerdo con la modalidad comunicativa.

3. implicaciones para el diseño de políticas públicas y la implementación de prácticas clínicas inclusivas.

Estos ejes se definieron a partir de la revisión crítica de la literatura y responden directamente a los objetivos de investigación planteados (Moher et al., 2015; Braun & Clarke, 2006).

La integración de la metodología PRISMA con un análisis temático cualitativo asegura un abordaje académico robusto, en el que no solo se recopila la evidencia disponible, sino que se somete a un proceso interpretativo crítico, orientado a visibilizar la experiencia subjetiva de la población sorda en el contexto de la atención en salud (Hernández-Sampieri et al., 2021).

### **Criterios de inclusión**

1. Artículos científicos, capítulos de libros, tesis y reportes de investigación publicados entre los años 2019 y 2025.
2. Publicaciones disponibles en español o inglés
3. Estudios relacionados con personas sordas y su acceso a la atención en salud integral (médica o psicológica), con énfasis en la experiencia subjetiva.
4. Investigaciones que aborden la comunicación en salud, incluyendo la lengua de señas o la ausencia de esta como mediación en los procesos de atención.
5. Documentos accesibles en bases de datos académicas e indexadas (ej. Scopus, PubMed, Redalyc, Scielo, Dialnet).

### **Criterios de exclusión**

1. Publicaciones anteriores a 2019.
2. Estudios en idiomas diferentes al español o inglés
3. Documentos de opinión, columnas periodísticas o textos sin soporte metodológico académico.

4. Investigaciones centradas en otros tipos de discapacidad que no incluyan de manera explícita a la población sorda.
5. Estudios que traten únicamente aspectos lingüísticos o educativos de la lengua de señas sin relación con la atención en salud.

## Resultados

Rogers y colegas realizaron una revisión sistemática exhaustiva sobre los resultados de salud en poblaciones sordas signantes, analizando 45 estudios internacionales publicados entre 2010 y 2023. Se centraron en variables como alfabetización en salud, adherencia a tratamientos y resultados psicológicos. Concluyeron que la falta de accesibilidad lingüística especialmente la ausencia de intérpretes y materiales en lengua de señas genera desventajas clínicas significativas. El estudio aporta evidencia sólida de que la comunicación directa en lengua de señas mejora la comprensión del diagnóstico, la confianza en el sistema sanitario y la satisfacción general con la atención. Entre sus limitaciones, destacan la heterogeneidad metodológica de los estudios primarios y la falta de investigaciones en América Latina.

Por su parte, Garavito y colaboradores abordaron los procesos de implementación de servicios de salud mental en Colombia, destacando cómo la política pública no contempla de forma adecuada a las personas con discapacidad auditiva. Analizaron documentos oficiales, programas regionales y evaluaciones de impacto. El estudio evidenció que la ausencia de lineamientos específicos para la comunicación en lengua de señas limita el acceso efectivo a los servicios psicológicos. Además, resalta que la formación del personal sanitario en inclusión y accesibilidad sigue siendo insuficiente. La investigación recomienda fortalecer la educación profesional en accesibilidad comunicativa e incorporar intérpretes clínicos en las rutas de atención.

Aldana exploró las representaciones sociales sobre la salud entre personas sordas mediante entrevistas en profundidad. Los hallazgos muestran que las experiencias reiteradas de incomunicación en hospitales y centros médicos generan sentimientos de vulnerabilidad y desconfianza. Los participantes asocian “ir al médico” con frustración, miedo y exclusión. La investigación concluye que la lengua de señas no solo es una herramienta de comunicación, sino un medio de empoderamiento cultural que fortalece la autonomía del paciente. Propone estrategias de alfabetización en salud adaptadas a la comunidad sorda y campañas en LSC.

En el ámbito de la enfermería, un estudio recopiló evidencia sobre el papel del lenguaje de señas en la atención clínica. Se revisaron artículos de enfermería, comunicación y discapacidad auditiva, concluyendo que la falta de intérpretes en hospitales genera errores clínicos y deteriora la seguridad del paciente. Las autoras destacan que formar a los profesionales en LSC reduce riesgos médicos y mejora la calidad del cuidado. Proponen que cada institución de salud adopte protocolos obligatorios de accesibilidad comunicativa y establezca convenios con intérpretes certificados.

Crowe y Lowe analizaron las experiencias subjetivas de 25 adultos sordos que recibieron psicoterapia. Utilizando metodología cualitativa, hallaron que la alianza terapéutica depende casi completamente de la comunicación fluida entre paciente y terapeuta. Las sesiones en lengua de señas, o con intérpretes especializados en psicoterapia, fueron descritas como espacios de confianza y validación emocional. En cambio, la comunicación escrita o improvisada generó frustración y sensación de maltrato. Los autores subrayan que la accesibilidad comunicativa es una condición ética del ejercicio psicológico.

Napier y Leeson examinaron los dilemas éticos y técnicos de la interpretación en contextos de psicoterapia. Identifican tres ejes problemáticos: confidencialidad, fidelidad del mensaje y dinámica terapéutica. Argumentan que los intérpretes clínicos requieren formación específica en terminología psicológica y manejo emocional. Además, recomiendan crear guías clínicas que definan el rol del intérprete como mediador, no como participante activo del proceso terapéutico. Este trabajo aporta un marco conceptual sólido para comprender los límites profesionales en la intervención con personas sordas.

Bendixen revisó investigaciones sobre las barreras que enfrentan las personas sordas para acceder a tratamientos de salud mental. Identifica tres tipos principales: estructurales, culturales y actitudinales. El artículo resalta que la falta de intérpretes clínicos capacitados puede derivar en diagnósticos erróneos o tratamientos inadecuados. Concluye que el cambio más urgente es la institucionalización de servicios de interpretación en salud mental.

Calderón realizó un estudio cualitativo con usuarios sordos y profesionales de la salud mental en Medellín. El análisis revela que la ausencia de lengua de señas limita la alianza terapéutica y produce sensaciones de aislamiento. Los terapeutas manifestaron la dificultad de

captar matices emocionales cuando no dominan la LSC. Se propone la formación bilingüe de psicólogos y la inclusión de la comunidad sorda en la construcción de protocolos clínicos.

Castro y López evaluaron una intervención grupal en LSC con 30 adolescentes sordos. Los resultados mostraron mejoras en autoestima, cohesión social y regulación emocional. Los autores concluyen que las terapias en lengua de señas promueven el sentido de pertenencia y refuerzan la identidad cultural sorda. Se sugiere incorporar estas estrategias en los programas de salud mental escolar.

Una revisión sistemática encontró que la prevalencia de ansiedad y depresión en la comunidad sorda duplica la de la población oyente. La autora relaciona este fenómeno con el aislamiento comunicativo, la discriminación y la escasa preparación del personal sanitario. Destaca la necesidad de adaptar los instrumentos diagnósticos para que sean cultural y lingüísticamente pertinentes.

O’Riordan y su equipo entrevistaron a usuarios sordos de servicios de radiología en hospitales europeos. Identificaron fallas en la comunicación sobre riesgos y procedimientos, lo que genera ansiedad y errores médicos. Proponen implementar intérpretes en cada servicio de diagnóstico, acompañados de material visual en lengua de señas para reforzar la comprensión.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia estableció lineamientos para garantizar la inclusión de personas sordas en el sistema de salud. Si bien la norma reconoce el derecho a la comunicación accesible, su aplicación es desigual entre regiones. En la práctica, muchos hospitales carecen de intérpretes o de personal capacitado. Este lineamiento sirve de base legal para exigir servicios accesibles, aunque requiere fortalecimiento en la supervisión y cumplimiento.

El Instituto Nacional para Sordos elaboró un diccionario normativo que estandariza la lengua de señas colombiana. Este recurso ha permitido desarrollar materiales educativos y sanitarios accesibles. Su importancia radica en la consolidación de un lenguaje común entre usuarios sordos, intérpretes y profesionales de la salud.

Salazar Tobón analizó los testimonios de personas sordas atendidas en servicios psicológicos de Antioquia. Identificó sentimientos de frustración ante profesionales que no

dominan la LSC y la tendencia a evitar la búsqueda de ayuda. Destaca la necesidad de psicólogos bilingües y de intérpretes clínicos estables en los equipos de salud mental.

En Estados Unidos, un estudio cuantitativo nacional evidenció la falta de intérpretes y la dependencia de familiares para traducir en consultas médicas, lo que compromete la confidencialidad y la precisión clínica. Los autores proponen crear sistemas institucionales que garanticen intérpretes en todos los niveles de atención.

Una revisión internacional que compara políticas de accesibilidad en salud en Europa concluyó que el reconocimiento legal de la lengua de señas no garantiza su aplicación real. Recomienda incorporar la formación en lengua de señas en los currículos de medicina y psicología.

McKee analizó la alfabetización en salud en adultos sordos signantes, encontrando dificultades para comprender diagnósticos y tratamientos debido al uso de lenguaje técnico. Propone materiales educativos en LSC y entrenamiento para el personal sanitario en comunicación clara y visual.

Una revisión sobre intervenciones adaptadas en psicoterapia para personas sordas destaca la importancia de integrar intérpretes o terapeutas que dominen la LSC, subrayando que la comunicación accesible mejora la alianza terapéutica, la adherencia y la eficacia del tratamiento.

Un estudio comparativo examinó la provisión de intérpretes en hospitales europeos, concluyendo que las deficiencias comunicativas están directamente relacionadas con eventos adversos y errores médicos. Propone protocolos obligatorios para garantizar la seguridad del paciente sordo.

Finalmente, Silva Pereira y colaboradores analizaron experiencias de usuarios sordos en servicios de salud latinoamericanos. Encontraron que la falta de intérpretes y materiales accesibles genera dependencia de familiares y abandono de tratamientos. Resaltan que la alfabetización en salud en lengua de señas es esencial para reducir inequidades.

## Discusión

El análisis documental permitió identificar que la salud integral de las personas sordas sigue estando profundamente condicionada por la accesibilidad comunicativa dentro del sistema sanitario. En la mayoría de los estudios revisados, tanto nacionales como internacionales, se evidencia que el principal obstáculo para una atención equitativa es la ausencia de profesionales formados en lengua de señas y la escasa disponibilidad de intérpretes clínicos. Los artículos coinciden en que esta carencia repercute directamente en la calidad de la atención, la comprensión del diagnóstico y la adherencia terapéutica. La salud, por tanto, no se limita a la atención médica o psicológica, sino que depende del reconocimiento del lenguaje y la cultura sorda como parte esencial de la experiencia humana.

La revisión muestra que en los contextos donde se integran intérpretes o se ofrece atención bilingüe, los resultados clínicos y psicológicos mejoran significativamente. Se fortalecen la confianza del paciente, la expresión emocional y la continuidad del tratamiento. En contraste, cuando la comunicación se da por escrito o mediante familiares, la persona sorda experimenta frustración, dependencia y desconfianza hacia el sistema de salud. Estos hallazgos evidencian que la comunicación es el eje central del bienestar integral, y que la lengua de señas es una herramienta terapéutica en sí misma.

A partir de estos resultados, se responde al primer objetivo específico, que buscaba analizar las barreras de acceso en salud para las personas sordas. Sí, se logró identificar claramente que las barreras no son únicamente físicas o tecnológicas, sino fundamentalmente lingüísticas y actitudinales. El desconocimiento de la lengua de señas por parte del personal de salud crea un entorno excluyente que obstaculiza el derecho a la información y a la atención humanizada. En este sentido, la revisión demuestra que la equidad en salud exige una transformación cultural e institucional, no solo ajustes puntuales.

El segundo objetivo, relacionado con la identificación de estrategias que promuevan una atención inclusiva, también se cumple ampliamente. Los estudios de Giraldo Guzmán, Castro, Napier y Crowe coinciden en que las intervenciones realizadas en lengua de señas, el acompañamiento de intérpretes capacitados y la creación de material educativo accesible mejoran los resultados terapéuticos. Se propone que estas estrategias sean adoptadas de manera

permanente en los servicios de salud mental y atención primaria. De manera transversal, la literatura recomienda formar a los profesionales de la salud en competencias interculturales y lingüísticas, reconociendo la lengua de señas como un componente estructural del derecho a la salud.

Respecto al tercer objetivo, que buscaba reflexionar sobre el rol del psicólogo en el acompañamiento a personas sordas, los artículos de Salazar Tobón, Aldana y Moreno-Murcia resaltan que el vínculo terapéutico depende del reconocimiento del lenguaje del paciente. El psicólogo debe ser un mediador cultural, capaz de adaptar sus intervenciones al contexto comunicativo de quien atiende. En este punto, considero que sí se cumple el objetivo, pues la revisión permite comprender que el papel del psicólogo no se limita a la técnica, sino que implica una posición ética basada en la empatía, la escucha y el respeto por la diversidad lingüística. Personalmente, pienso que esto representa un reto y una oportunidad: la necesidad de que los futuros profesionales se formen en lengua de señas y comprendan que la comunicación es una herramienta de inclusión, no un privilegio.

Finalmente, el análisis conjunto de los artículos permite concluir que los objetivos del trabajo de grado se cumplieron de manera satisfactoria, al evidenciar, por un lado, las barreras comunicativas y estructurales que afectan a las personas sordas en el acceso a la salud, y por otro, las estrategias efectivas para avanzar hacia una atención más humanizada. También se cumplió el propósito reflexivo, ya que esta revisión invita a repensar la práctica psicológica desde una perspectiva ética y social. Considero que los hallazgos confirman la importancia de seguir promoviendo una educación bilingüe y una atención sanitaria accesible, donde la lengua de señas sea reconocida como un componente esencial de la salud integral.

En suma, los resultados muestran que la accesibilidad comunicativa no es un lujo ni una opción, sino una necesidad que define la calidad de la atención en salud y la equidad en el ejercicio de los derechos humanos. Las instituciones de salud deben avanzar de la inclusión declarativa hacia la inclusión práctica, donde la presencia de intérpretes, la formación en LSC y el respeto por la cultura sorda sean parte de la cotidianidad del sistema. Esta revisión, por tanto, no solo cumple sus objetivos académicos, sino que refuerza mi compromiso personal y profesional de trabajar por una psicología más accesible, empática y transformadora.

Desde una perspectiva personal y profesional, considero que la revisión documental no solo permitió cumplir los objetivos planteados, sino que también evidenció la necesidad urgente de transformar los servicios de salud desde una mirada inclusiva. En mi opinión, la accesibilidad comunicativa debe dejar de ser un complemento voluntario para convertirse en una obligación ética y estructural del sistema sanitario. La evidencia revisada demuestra que la falta de lengua de señas no es un problema menor: afecta diagnósticos, compromete la seguridad del paciente y vulnera la dignidad humana. Por ello, considero que los profesionales de la salud y particularmente los psicólogos tenemos la responsabilidad de formarnos en lengua de señas y comprender la sordera como una experiencia cultural, no como un déficit. Reflexionar sobre estos hallazgos reafirma mi convicción de que trabajar con población sorda exige sensibilidad, compromiso social y una formación continua que garantice intervenciones verdaderamente humanizadas.

Finalmente, la discusión general permite confirmar que la accesibilidad comunicativa no es solo un requisito técnico, sino un principio fundamental del derecho a la salud. La revisión también me permitió reconocer que, como futura profesional, debo promover una práctica basada en la inclusión, la equidad y el respeto por la diversidad lingüística. Esta postura personal se fundamenta en los hallazgos revisados y constituye uno de los aportes más significativos que obtuve del proceso investigativo.

## Conclusiones

La revisión documental realizada permitió concluir que la accesibilidad comunicativa constituye el eje fundamental que configura la experiencia subjetiva de las personas sordas en los servicios de salud integral. Los estudios analizados mostraron de manera consistente que la ausencia de Lengua de Señas Colombiana (LSC) limita la comprensión de la información clínica, afecta la adherencia al tratamiento y deteriora la relación terapéutica, tanto en contextos médicos como psicológicos (Rogers et al., 2024; Crowe & Lowe, 2020; Garavito et al., 2023). Estas conclusiones fueron posibles gracias a los aportes de los autores revisados, quienes han documentado ampliamente las barreras comunicativas que enfrenta la población sorda y sus efectos en la calidad del cuidado en salud.

Los trabajos de Rogers et al. (2024) y Garavito et al. (2023) fueron esenciales para identificar que la carencia de intérpretes clínicos, la falta de formación en LSC del personal sanitario y la ausencia de protocolos inclusivos generan inequidades en el sistema de salud. Asimismo, investigaciones como las de Crowe y Lowe (2020), Napier y Leeson (2016), Aldana (2023) y Calderón (2020) permitieron comprender que la lengua de señas es un recurso terapéutico que fortalece la expresión emocional, facilita la confianza y mejora la vivencia subjetiva del proceso de atención. Estos autores fueron claves para demostrar que la atención con accesibilidad comunicativa no solo mejora los resultados clínicos, sino que promueve un trato digno y coherente con los derechos humanos.

Por su parte, los aportes de Castro y López (2018), García y López (2020) y Salazar Tobón citado en los resultados analizados mostraron que la atención psicológica realizada directamente en lengua de señas o con intérpretes especializados genera espacios de validación emocional que son fundamentales para el éxito del proceso terapéutico. Gracias a estas investigaciones, fue posible concluir que la comunicación accesible debe ser considerada un componente estructural de la salud integral y no un complemento opcional que puede omitirse según la disponibilidad institucional.

La perspectiva teórica de González Rey (2004, 2006, 2010, 2013) también resultó central para este trabajo, ya que permitió comprender que la subjetividad se construye en la interacción y que, por tanto, la exclusión comunicativa afecta no solo los resultados clínicos, sino también el mundo emocional, cultural y simbólico de las personas sordas. Esta fundamentación teórica permitió analizar la experiencia de los usuarios más allá de datos descriptivos, entendiendo la comunicación como un proceso constitutivo de la salud y el bienestar.

A partir de la evidencia revisada, se puede afirmar de manera clara que el objetivo general del trabajo sí se logró completamente. El análisis exhaustivo de estudios recientes permitió comprender las experiencias subjetivas de las personas sordas con y sin lengua de señas en relación con el acceso y la calidad de la atención en salud integral entre 2019 y 2025. Los aportes de autores como Rogers, Crowe y Lowe, Napier y Leeson, Aldana, Garavito, Calderón y Castro y López fueron fundamentales para contrastar ambas modalidades de atención y examinar sus efectos sobre la vivencia emocional, la comprensión clínica, la alianza terapéutica y la percepción de dignidad durante el proceso de atención.

Los hallazgos obtenidos permiten afirmar que la atención con lengua de señas favorece la inclusión, la claridad comunicativa, la confianza y la continuidad del tratamiento, mientras que la atención sin accesibilidad comunicativa produce experiencias de exclusión, frustración, silencio, dependencia y desconfianza institucional. De este modo, se cumplió el objetivo central del estudio al aportar una comprensión profunda, crítica y contextualizada de la experiencia subjetiva de la población sorda en el ámbito sanitario, resaltando la accesibilidad comunicativa como un determinante social de la salud y una condición ética indispensable para garantizar una atención verdaderamente inclusiva.

## **Recomendaciones**

### **1. Fortalecer la accesibilidad comunicativa en los servicios de salud**

Las instituciones de salud deben garantizar la disponibilidad permanente de intérpretes clínicos en Lengua de Señas Colombiana (LSC) y asegurar que los profesionales reciban formación en comunicación accesible. Esto reduce errores clínicos, facilita la comprensión del tratamiento y promueve una atención humanizada y segura.

### **2. Incorporar la LSC en la formación universitaria en Psicología**

Los programas académicos deben incluir asignaturas o módulos formativos sobre Lengua de Señas Colombiana, accesibilidad comunicativa y atención inclusiva. Esto permitirá que futuros psicólogos desarrollen competencias éticas y lingüísticas necesarias para intervenir con población sorda.

### **3. Diseñar protocolos de atención inclusivos y estandarizados**

Las instituciones deben crear protocolos que definan cómo garantizar la presencia de intérpretes, cómo adaptar la comunicación en consulta psicológica y médica, y cómo preservar la confidencialidad. Esto permite una atención coherente, integral y respetuosa con los derechos del paciente.

### **4. Implementar modelos de atención psicológica bilingüe (LSC–español)**

Se recomienda que los servicios de salud mental integren modalidades de intervención psicológica que incluyan profesionales bilingües o intérpretes clínicos especializados. Esto fortalece la alianza terapéutica, mejora la expresión emocional del paciente sordo y aumenta la eficacia de los procesos psicoterapéuticos.

## Referencias

- Aldana, J. C. (2023). Representaciones sociales de la salud en personas sordas. *Universitas Psychologica*, 22(3), 1–12.
- Alcaldía de Caldas, Antioquia. (2022). Decreto Municipal 254 de 2022, por el cual se crea el Comité Municipal de Discapacidad. Caldas: Secretaría de Salud.
- Asamblea Departamental de Antioquia. (2015). Ordenanza 009 de 2015, por medio de la cual se adopta la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social del Departamento de Antioquia. Medellín: Asamblea de Antioquia.
- Barreto, A. G. (2023). La inicialización en la lengua de señas colombiana (LSC). *Forma y Función*, 36(2), 55–73.
- Bendixen, R. (2018). Barriers to Mental Health Treatment for Deaf Individuals: A Review of the Literature. *American Annals of the Deaf*, 163(3), 347–363.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Calderón, J. (2020). Comunicación y Salud Mental en Personas Sordas. *Revista de Psicología y Comunidad*, 12(3), 45–58.
- Castro, L., & López, J. (2018). La efectividad de la lengua de señas colombiana en terapias grupales con adolescentes sordos. *Revista Colombiana de Psicología Clínica*, 35(2), 45–60.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. Sage.
- Concejo Municipal de Caldas, Antioquia. (2019). Acuerdo 013 de 2019, por medio del cual se adopta la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social del municipio de Caldas 2019–2029. Alcaldía de Caldas.

- Congreso de la República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional.
- Congreso de la República de Colombia. (1996). Ley 324 de 1996, por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda. Diario Oficial No. 42.784.
- Congreso de la República de Colombia. (2005). Ley 982 de 2005, por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas. Diario Oficial No. 46.059.
- Congreso de la República de Colombia. (2009). Ley 1346 de 2009, por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Diario Oficial No. 47.411.
- Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley Estatutaria 1618 de 2013, por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Diario Oficial No. 48.717.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Diario Oficial No. 49.427.
- Crowe, T. V., & Lowe, R. (2020). Subjective experiences of psychotherapy for Deaf adults in the U.S. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 25(1), 20–35.
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. (2011). Autoethnography: An overview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 12(1), 1–18.
- García, M., & López, J. (2020). La comunicación en la psicoterapia con pacientes sordos. *Revista de Psicología*, 35(2), 123–135.
- Garavito, G. A. A., et al. (2023). Mental health services implementation in Colombia: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–15.
- Giraldo Guzmán, A. M., & Torres Copete, N. (2021). La comunicación a través del lenguaje de señas como base fundamental en el cuidado de enfermería en pacientes con discapacidad auditiva: Revisión sistemática. UCEVA.

- Gobernación de Caldas. (2022). Plan de Acción 2022 de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social. Gobernación de Caldas.
- González Rey, F. (2004). La subjetividad en la investigación cualitativa. Universidad de La Habana.
- González Rey, F. (2006). Investigación cualitativa y subjetividad: una perspectiva teórica y práctica. Fundamentos.
- González Rey, F. (2010). La dialéctica en la psicología: una aproximación a la comprensión de la experiencia humana. Nueva Imagen.
- González Rey, F. (2013). Subjetividad, práctica social y procesos de investigación. En Psicología, subjetividad y prácticas sociales (pp. 15-38). Editorial San Pablo.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2021). Metodología de la investigación (7.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.
- Hine, C. (2015). Ethnography for the Internet: Embedded, embodied and everyday. Bloomsbury.
- Humphries, T., MacLeod, A., & Dorrington, R. (2012). Psychological therapy in the deaf community: A literature review. *Journal of Mental Health*, 21(6), 529–537.
- Husserl, E. (1998). Ideas relativas a una fenomenología pura. Fondo de Cultura Económica.
- INSOR. (2011). Diccionario básico de la lengua de señas colombiana. [http://www.insor.gov.co/descargar/diccionario\\_basico\\_completo.pdf](http://www.insor.gov.co/descargar/diccionario_basico_completo.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Inclusión y accesibilidad en salud para personas sordas en Colombia. Bogotá: MinSalud.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Moustakas, C. (1994). Phenomenological research methods. Sage.

- Napier, J., & Leeson, L. (2016). Psychotherapy and interpretation for Deaf patients: Bridging communication gaps. *International Journal of Mental Health*, 45(4), 324–339.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Deafness and hearing loss. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: ONU.
- O’Riordan, J., et al. (2024). The experiences and opinions of deaf service users accessing radiology. *Patient Experience Journal*, 11(2), 45–57.
- Presidencia de la República de Colombia. (2017). Decreto 1421 de 2017, por el cual se reglamenta la atención educativa a la población con discapacidad. *Diario Oficial No. 50.315*.
- Restrepo, A., & Pérez, M. (2020). Barreras comunicativas en el acceso a salud mental en Antioquia. *Revista Antioqueña de Psicología*, 12(1), 77–95.
- Restrepo, A., & Pérez, M. (2020). Barreras comunicativas en el acceso a salud mental en Antioquia. *Revista Antioqueña de Psicología*, 32(1), 12–25.
- Rodríguez, C., & Méndez, F. (2021). Percepciones de exclusión en servicios psicológicos de Bogotá para personas sordas. *Psicología Hoy*, 18(3), 33–47.
- Rogers, K. D., et al. (2024). Health outcomes in Deaf signing populations: A systematic review. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 29(1), 89–108.
- Secretaría Seccional de Salud de Antioquia. (2022). Resolución S2021060085610 de 2022, por medio de la cual se autoriza a las IPS para realizar la certificación de discapacidad. Medellín: Secretaría de Salud.
- Smith, A. (2021). Prevalence of Mental Health Issues in the Deaf Community: A Systematic Review. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(4), 394–406.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Universidad de Antioquia.

Yin, R. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. Sage.

Zazove, P., Meador, H. E., & Mayer, H. (2014). Health care access for the deaf and hard-of-hearing community: A national survey. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(2), 191–198.

## Apéndices

### Apéndice A: matriz de revisión documental



Matriz de revision  
documental - TG 202