

ARTÍCULO ORIGINAL

EL PAPEL DEL OYENTE EN LA ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA DE LAS PERSONAS CON PÉRDIDA AUDITIVA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

The role of the listener in communicative accessibility for people with hearing loss: a qualitative study

Celia TEIRA-SERRANO ; Gema REGATOS-CORCHETE ; Oneka ARTEAGA-OLASAGASTI 

Universidad Pontificia de Salamanca. Departamento de Logopedia. Salamanca. España

Correspondencia: cteirase@upsa.es

Fecha de recepción: 8 de enero de 2026

Fecha de aceptación: 18 de marzo de 2026

Fecha de publicación: 27 de mayo de 2026

Fecha de publicación del fascículo: 30 de junio de 2026

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-SA 4.0. Licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivo: El número de personas sordas y con pérdidas auditivas continúa creciendo en la actualidad, al igual que los avances tecnológicos destinados a compensar estas limitaciones. No obstante, dichos avances resultarán insuficientes si no se acompañan de una mayor responsabilidad comunicativa por parte de los oyentes. El objetivo principal del presente estudio ha sido conocer las barreras comunicativas, contextos y profesionales, además de recursos, en la vida diaria de las personas sordas y con pérdidas auditivas, para recomendar e incorporar prácticas que favorezcan la accesibilidad comunicativa. Método: Estudio cualitativo, descriptivo, de carácter fenomenográfico, se basa en entrevistas semiestructuradas realizadas a personas sordas y con pérdida auditiva residentes en Salamanca. Muestreo intencional, con recogida y análisis paralelo de los datos hasta llegar a su saturación (n= 11). Transcripción literal y análisis mediante codificación inductiva utilizando el software Atlas.ti. Resultados: El análisis reveló cinco categorías temáticas: barreras, entornos, profesionales, recursos y emociones. Las principales barreras comunicativas se relacionan con las características físicas de los entornos, actitudes de los interlocutores e infracciones lingüísticas, factores que generan emociones negativas como rabia y tristeza en las personas entrevistadas.

Los entornos sanitarios se identifican como especialmente complejos para la interacción comunicativa. Garantizar la accesibilidad se presenta como una prioridad ineludible para todas las personas. Discusión: Las barreras en la comunicación limitan significativamente las oportunidades de participación y autonomía de las personas sordas y con pérdida auditiva. Conclusiones: Este trabajo señala ajustes comunicativos por parte del interlocutor oyente, que resultarían imprescindibles para lograr una interacción eficaz y equitativa.

PALABRAS CLAVE: sordera; barreras; comunicación eficaz; ajustes, accesibilidad

SUMMARY: Introduction and objective: The number of deaf individuals and those with hearing loss continues to grow, as do technological advances aimed at compensating for these limitations. However, such advances will remain insufficient unless accompanied by greater communicative responsibility on the part of listeners. The main objective of this study was to identify communicative barriers, contexts, and professionals, as well as resources in the daily lives of deaf and hard-of-hearing individuals, in order to recommend and incorporate practices that promote communicative accessibility. Method: This qualitative, descriptive, phenomenographic study is based on semi-structured interviews conducted with deaf and hard-of-hearing individuals residing in Salamanca. Purposive sampling was employed, with data collection and parallel analysis continuing until saturation was reached (n = 11). Literal transcription and inductive coding were performed using Atlas.ti software. Results: The analysis revealed five thematic categories: barriers, environments, professionals, resources, and emotions. The main communicative barriers were associated with the physical characteristics of environments, interlocutor attitudes, and linguistic violations—factors that generated negative emotions such as anger and sadness among participants. Healthcare settings were identified as particularly challenging for communicative interaction. Ensuring accessibility emerges as an unavoidable priority for all individuals. Discussion: Communication barriers significantly limit opportunities for participation and autonomy among deaf and hard-of-hearing individuals. Conclusions: This study highlights communicative adjustments by the listening interlocutor as essential for achieving effective and equitable interaction.

KEYWORDS: deafness; barriers; effective communication; accommodations; accessibility

INTRODUCCIÓN

«Una de las peores situaciones es cuando alguien comenta algo que me pierdo y al solicitar su repetición me dicen ‘nada, no importa’. Probablemente no importe para ellos en ese momento, pero lo que me hace sentir es que soy yo quien no importa» [1].

Con esta afirmación comienza un estudio realizado en el Reino Unido con personas sordas y con pérdidas auditivas, durante los años 2023-2024. En él, se profundiza en la gran zanja comunicativa existente entre este colectivo y el mundo oyente, y sus repercusiones a nivel psicosocial.

Se estima que para el año 2050, habrá alrededor de 2500 millones de personas con algún tipo de pérdida auditiva [2]. Esto no implicará sin embargo, la presencia de un grupo homogéneo (como cabría imaginar por el diagnóstico), sino uno muy diverso en función del grado de su pérdida auditiva, su localización, momento de aparición, el uso de unas u otras ayudas técnicas personales, su asistencia a terapias, etc. además, de la historia auditiva individual.

Ante esta problemática, como sucede en tantos otros ámbitos, el coste de no hacer nada en la actualidad superará significativamente la inversión futura [3].

El gasto actual en investigación para la mejora de las ayudas técnicas y dispositivos, e incluso para la erradicación de la sordera (*i. e.* terapias genéticas), es un tema controvertido. La Inteligencia Artificial aplicada a las ayudas técnicas está mejorando la inteligibilidad del habla y reduciendo el ruido en los dispositivos, proporciona una mayor personalización en sus diseños y cuenta con aplicaciones que controlan el bienestar auditivo general de los usuarios [4, 5, 6, 7, 8]. No obstante, hay una financiación limitada, inconsistente y desigualmente repartida a nivel mundial en esta investigación [9]. De igual modo, está habiendo avances muy significativos en el estudio de la sordera congénita y las terapias genéticas [10, 11], no exentos de polémica por la concepción de la sordera como una enfermedad curable y la posibilidad de acabar erradicando la cultura e identidad sordas [12].

En cualquier caso, el foco de toda esta investigación sigue recayendo en la persona con una deficiencia auditiva, y no en los contextos causantes de la discapacidad.

El *National Deaf Center* [13] define la comunicación eficaz como aquella comunicación equiparable a la de personas sin pérdida de audición. Esto supone incorporar cualquier tipo de ajuste razonable (ej. desde el enlentecimiento del habla al uso de servicios de conversión de audio a texto) en la interacción comunicativa para garantizar que las personas sordas y con pérdidas auditivas participen y tengan igualdad de oportunidades en la sociedad mayoritaria oyente.

Las necesidades diarias experimentadas por las personas sordas y con pérdidas auditivas tienen que ver principalmente con el «audismo» y «oralismo» estructural descrito por Mairson y Howe [14]. La bibliografía recoge barreras tales como las dificultades en el acceso a servicios sanitarios; falta de accesibilidad en educación; escasa inclusión laboral; inexistencia de ocio adaptado; etc. [15, 16, 17, 18, 19].

Con el fin de conocer las barreras comunicativas que afrontan diariamente las personas sordas

y con pérdidas auditivas de nuestra localidad (la ciudad de Salamanca), se desarrolló el presente estudio. En concreto, se plantearon las siguientes preguntas de investigación (PI en adelante):

PI1- Actualmente, ¿qué barreras comunicativas identificas en tu día a día?

PI2- ¿Qué entornos frecuentas y qué tipo de barreras identificas en ellos?

PI3- ¿Con qué tipo de profesionales te cuesta más comunicarte?

PI4- ¿Qué recursos de apoyo empleas para salvar esas barreras?

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio adoptó una metodología cualitativa. Se trata de un estudio descriptivo, fenomenográfico, a través de entrevistas semiestructuradas que recogen diferentes puntos de vista sobre el concepto de barreras comunicativas [20].

Declaración de posicionamiento: Las investigadoras de este trabajo son mujeres adultas europeas, blancas, con estudios universitarios. Ninguna presenta una discapacidad reconocida en la actualidad. Tienen experiencia personal y profesional con personas sordas y con pérdidas auditivas, y comparten una concepción social de la discapacidad. Su perspectiva constructivista ha influido en su visión del objeto de estudio, la interacción con los participantes y metodología empleada.

Este trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Pontificia de Salamanca.

CONTEXTO Y PARTICIPANTES

Salamanca es una ciudad con una estrecha relación con la Otorrinolaringología. Cuenta con un Complejo Asistencial Universitario, referente regional de numerosas patologías y referente nacional para implantes cocleares; además de ser sede del Instituto de Neurociencias de Castilla y León.

La población de estudio se ha reclutado de manera incidental a partir de usuarios sordos y con pérdidas auditivas del área de discapacidad auditiva del Servicio Clínico de la Universidad Pontificia de Salamanca, de la Asociación de Personas con Discapacidad Auditiva Postlocutiva (SADAP) y de la Asociación de Padres de Niños Sordos de Salamanca (ASPAS Salamanca). Las entrevistas se fueron analizando paralelamente a su recogida, hasta alcanzar la saturación de los datos (entre febrero y marzo de 2025), es decir, el punto en el que nuevas entrevistas no nos aportaban información sustantivamente novedosa para los objetivos de nuestro estudio. El tamaño muestral se determina por esta lógica de la saturación de datos, alcanzándose con muestras relativamente pequeñas cuando el fenómeno es acotado y el grupo de participantes es relativamente homogéneo (en estudios basados en entrevistas semiestructuradas, se ha señalado que la mayor parte de los temas centrales emerge en los primeros 6–12 participantes [21]). Finalmente, contamos con 11 participantes, mujeres en su mayoría (81,8 %), de edades comprendidas entre los 66-75 años, principalmente, y con estudios universitarios (63,6 %). Véase la Tabla 1 para una descripción muestral.

Tabla 1. Características de las personas entrevistadas

	Hombres	Mujeres
N	3	8
Rango de edad predominante	2 (46-55)	3 (66-75)
Estudios universitarios	2	5
Sordera postlocutiva	1	6
Grado de sordera (>71dB)	3	6
Neurosensorial	3	8
Lengua oral	3	8
Lengua escrita	2	6
Lengua de signos	2	1
Expresiones faciales	3	8
Lectura labial	3	8

El 72,7 % de las personas participantes tenían una sordera postlocutiva neurosensorial de grado

severo a profundo, a excepción de dos, que presentaban una sordera de grado moderado. Todas eran portadoras de prótesis auditivas como ayuda técnica personal, desde hace más de 10 años. Únicamente 3 presentaban amplificación bimodal (portadoras de implante coclear y audífono).

Las personas entrevistadas se comunicaban preferentemente a través del lenguaje oral y escrito, si bien tres de ellas eran bilingües (empleaban tanto lengua oral como lengua de signos española). Todas ellas decían apoyarse mucho en las expresiones faciales y en la lectura labial para comprender los mensajes.

PROCEDIMIENTO

Tras la revisión bibliográfica, se diseñaron las entrevistas y se solicitó la autorización correspondiente del Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Salamanca. A continuación, se creó un díptico informativo con los objetivos y procedimiento de la investigación. Se acudió a los diferentes contextos de manera presencial, para explicar el díptico, las preguntas de investigación y el consentimiento informado.

Dentro de las preguntas de investigación, se podían distinguir dos bloques: el primero de datos sociodemográficos (expuestos en la Tabla 1); y el segundo sobre barreras comunicativas, entornos e interlocutores que asociaban más frecuentemente a estas barreras, así como las estrategias que les ayudaban a la hora de comunicarse.

Posteriormente, tuvo lugar la recogida de datos y su transcripción. Se realizaron entrevistas personales que fueron grabadas en audio (Grabadora de Audio DVT 1160 modelo *Philips Voice Tracer*). Las entrevistas tuvieron una duración media en torno a 20 minutos.

ANÁLISIS

Para el análisis cualitativo, los datos fueron codificados utilizando el software Atlas.ti. Tras

varias lecturas de las entrevistas, una primera codificación abierta fue realizada de forma independiente por las tres autoras del trabajo. De forma conjunta se revisaron y acordaron los códigos resultantes, y se llevó a cabo una codificación axial (subdivisión de los códigos). Los 41 códigos fueron agrupados en cinco categorías (codificación selectiva): barreras comunicativas, espacios, interlocutores, estrategias y emociones (véase Figura 1).

La calidad y rigurosidad del estudio ha sido alcanzado mediante las estrategias de triangulación, saturación, reflexividad y validación por parte de los informantes. A cada participante le fue asignado un código alfanumérico para respetar su anonimato. Los datos fueron registrados y almacenados siguiendo la Política de Privacidad de la Universidad Pontificia de Salamanca.

RESULTADOS

En este apartado se detallan los resultados en función de las cuatro dimensiones planteadas en las entrevistas (barreras comunicativas, los entornos donde estas aparecen con mayor frecuencia y sus interlocutores, y las estrategias empleadas ante las mismas) y de una categoría emergente, relacionada con las emociones experimentadas por los participantes.

BARRERAS COMUNICATIVAS

Las barreras comunicativas tenían 346 citas vinculadas y 422 códigos asociados (una cita podía recibir más de un código, como ilustra la Figura 2). Las tres principales barreras identificadas fueron

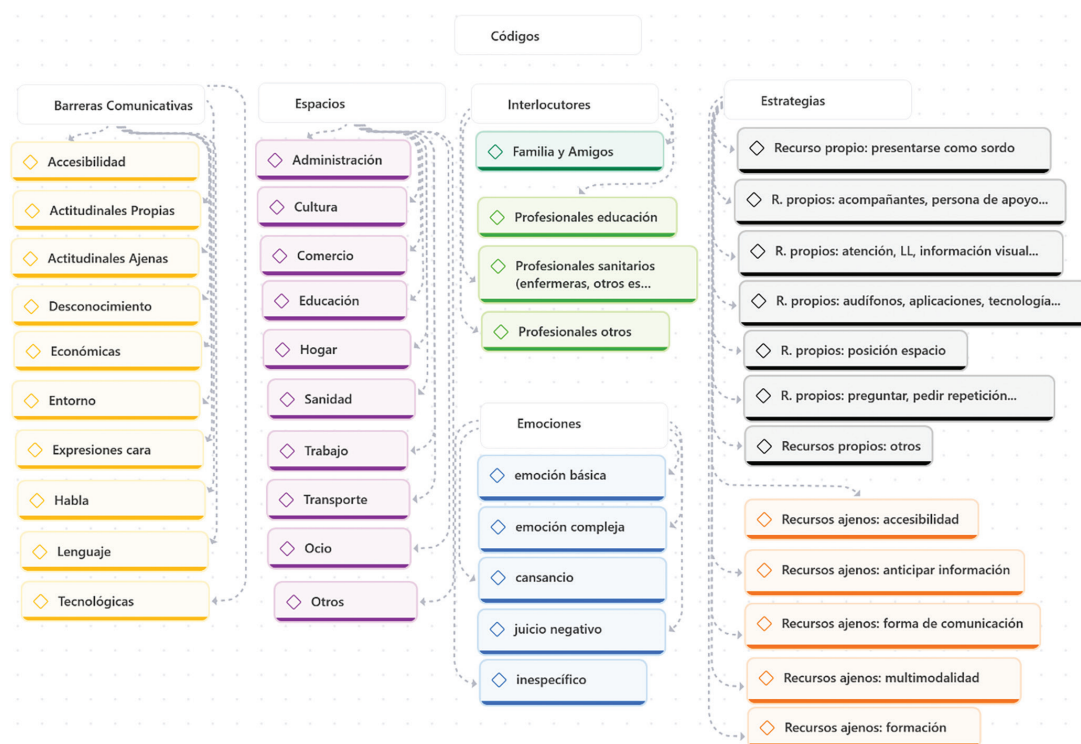


Figura 1. Códigos

EL PAPEL DEL OYENTE EN LA ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA DE LAS PERSONAS CON PÉRDIDA AUDITIVA:
UN ESTUDIO CUALITATIVO

TEIRA-SERRANO C, REGATOS-CORCHETE G Y ARTEAGA-OLASAGASTI O.

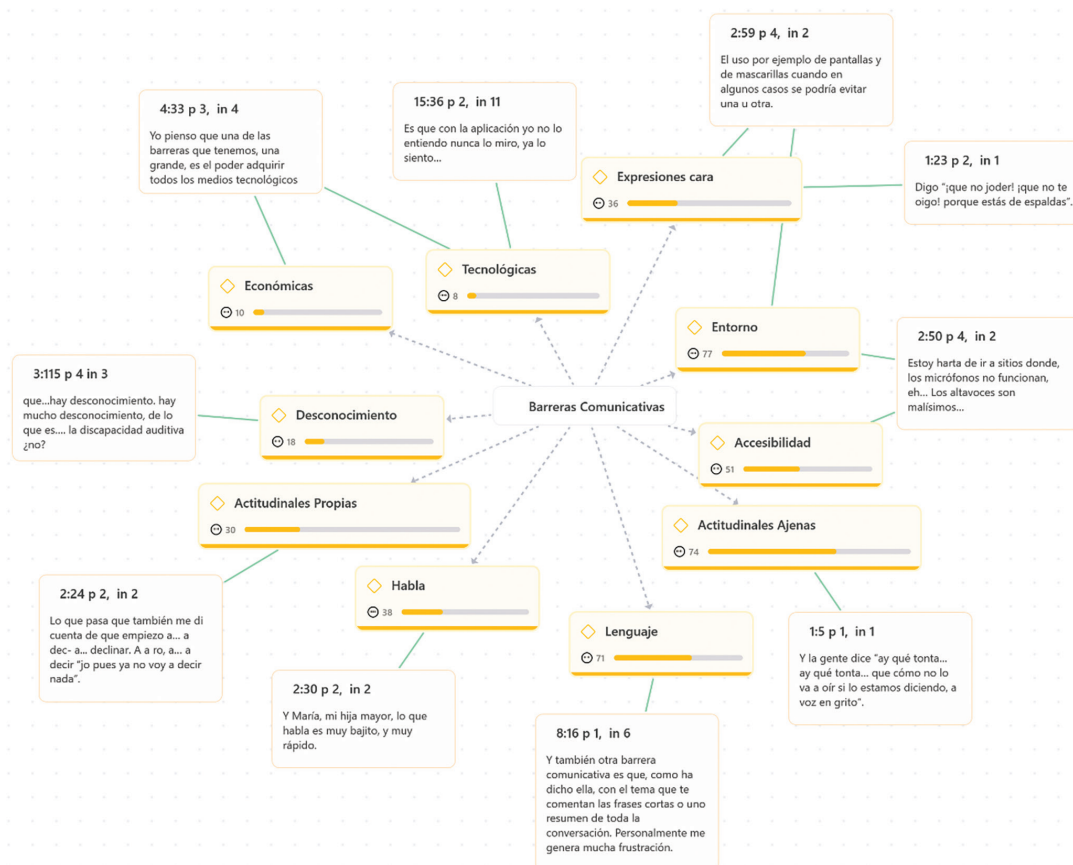


Figura 2. Barreras comunicativas: códigos, fundamentación y ejemplo de citas

Nota: Los códigos que representan las barreras comunicativas aparecen en los recuadros amarillos, junto a una cantidad (fundamentación o número de citas asociadas). Los recuadros exteriores contienen una cita para ejemplificar cada código.

las relacionadas con el entorno (ej. reverberación, iluminación, ruido...), con barreras actitudinales ajenas (ej. comentarios capacitistas, edadistas...) y con el lenguaje. Esta última, la barrera lingüística, agrupaba el uso de vocabulario técnico, las simplificaciones gramaticales y semánticas de los mensajes, y cuestiones pragmáticas como los cambios temáticos o el solapamiento de turnos en la conversación.

«A veces no gastan el tiempo en explicarme de qué hablan y me dicen: *Nada, una tontería*. Y yo ya no participo de esa conversación» (varón 47

años, sordera neurosensorial profunda, prelocutiva, usuario de audífonos).

A continuación, se señalaron la falta de accesibilidad (ej. información visual, bucle magnético, equipos FM...); características del habla (ej. ritmo, volumen o tono del interlocutor), expresiones faciales (ocultadas tras mascarillas o vello facial) y actitudes propias que comportaban el abandono de la conversación.

«El de inglés y el de historia y el de matemáticas, que se ponían a explicar mirando al encerado»

(varón 51 años, sordera neurosensorial profunda, postlocutiva, usuario de audífonos).

Por último, se nombraron el desconocimiento y las barreras económicas y tecnológicas, como barreras, quizá indirectas para la comunicación, pero directamente relacionadas con la adquisición de ayudas personales que la posibilitan (audífonos y sus aplicaciones).

ESPACIOS

El entorno sanitario (ej. salas de espera, consultas, etc.) se asocia con todas las barreras comunicativas anteriormente descritas, salvo las económicas y tecnológicas (Figura 3). Supone el 40 % de las citas acerca de los entornos menos accesibles (total de citas 287, con 290 códigos), seguido por el entorno laboral, el

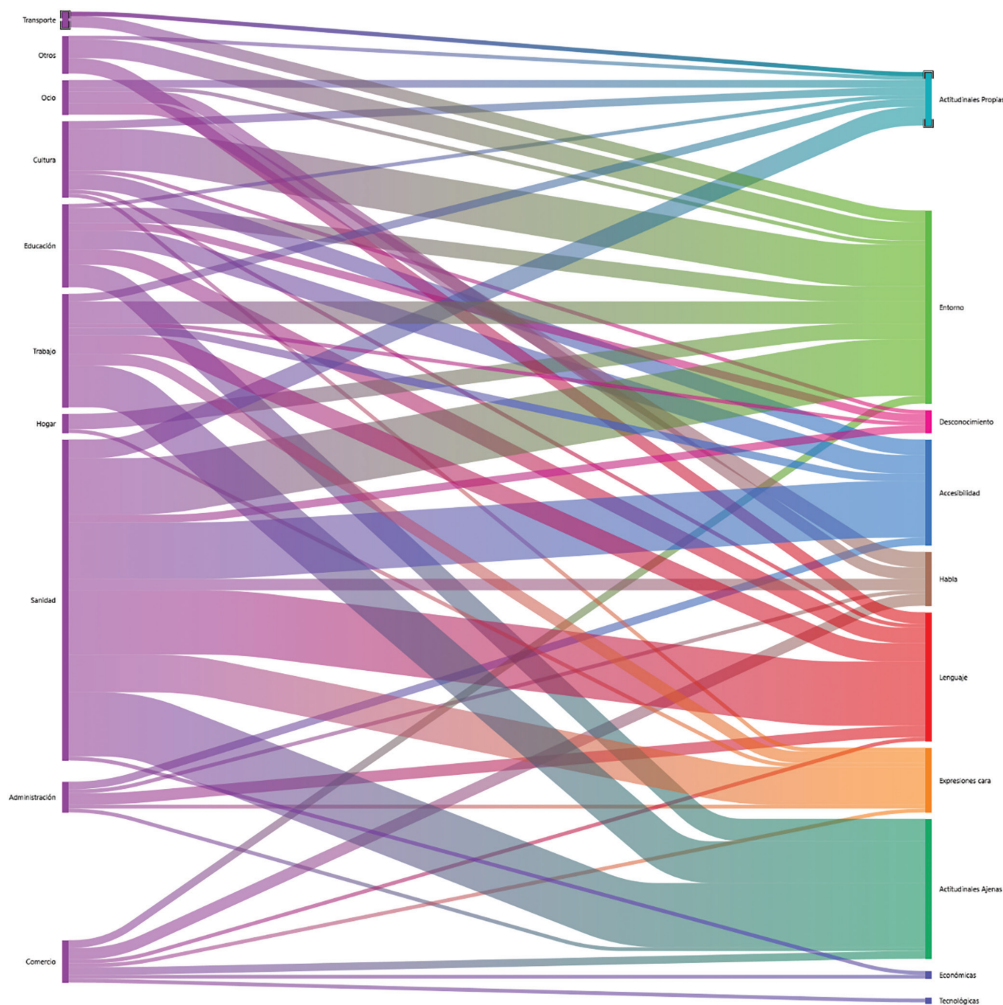


Figura 3. Diagrama de Sankey: espacios y barreras comunicativas asociadas

Nota: A la izquierda aparecen los espacios y a la derecha las barreras comunicativas. El mayor grosor de las líneas indica una mayor coocurrencia de códigos (véase el grosor del entorno sanitario, tercer código de la derecha).

educativo y los centros culturales (donde las personas entrevistadas acuden a charlas, proyecciones...).

«Incluso los propios servicios de otorrino, donde no se tiene en cuenta que, a la persona, a lo mejor, a la que vas a hablar, tiene una dificultad auditiva» (mujer 70 años, sordera neurosensorial moderada-severa, postlocutiva, usuaria de audífonos).

Después se nombran los comercios, las administraciones y otros espacios (como las clases de deporte, las residencias de mayores y los lugares de culto).

«En clase de pilates, que mi profesora se pone un micro, reverbera...» (mujer 68 años, sordera neurosensorial moderada-severa, postlocutiva, usuaria de audífonos).

En último lugar, las personas entrevistadas añaden sus propios hogares, los lugares de ocio y los transportes públicos.

INTERLOCUTORES

Dentro de esta categoría se han diferenciado dos grupos, uno, la familia y amigos (nombrados por todos los entrevistados), y el segundo, el de los profesionales (única respuesta que se esperaba inicialmente). Se obtuvieron 174 citas, en las que los códigos más empleados fueron los referidos al personal sanitario (56 %), seguidos de los familiares y amigos (20 %) y otros profesionales (15 %) junto a educadores (7 %). El personal sanitario era una categoría amplia: desde administrativos, enfermeros, médicos de atención primaria, de urgencias o especialistas (como el otorrinolaringólogo de la cita anterior).

En la siguiente cita, se ejemplifica una de las citas codificadas como «otros profesionales»:

«El mundo de los teleoperadores debe ser..., pero..., los teleoperadores no les entiendo nada» (mujer 60 años, sordera neurosensorial profunda, postlocutiva, usuaria de audífonos).

ESTRATEGIAS

En esta categoría también se podían distinguir dos códigos referidos a las propias estrategias que manejaban las personas sordas o con pérdidas

auditivas (recursos propios), y los códigos que serían deseables en los interlocutores (recursos ajenos).

En primer lugar, entre los recursos propios, 26 % de las personas entrevistadas nombra el preguntar o pedir que se repita la información, los apoyos personales (acompañantes), los apoyos visuales (lectura labiofacial, subtítulo...) y auditivos (ayudas técnicas personales y del entorno). Además, suelen intentar localizar posiciones espaciales que les son más beneficiosas o directamente, identificarse como personas sordas o con dificultades de audición ante sus interlocutores para iniciar la interacción. Otros recursos mencionados han sido la plataforma SVisual de la Fundación CNSE (de videollamada con intérpretes) por las personas signantes; o comportamientos compensatorios cuando no comprenden.

Entre los recursos ajenos, la adaptación de los espacios y el cumplimiento de la normativa sobre accesibilidad es una prioridad (señalada por algo más de la mitad de las personas entrevistadas —54 %—). Además, los ajustes en las formas de comunicación (21 %) y la formación (14 %) se consideran también importantes. Por último, una mayor expresividad (multimodalidad) y la posibilidad de anticipar la información (ej. «Mamá, te van a llamar a la puerta») son estrategias más concretas y puntualmente ya presentes en algunas interacciones, por lo que las personas entrevistadas proponen su generalización.

EMOCIONES

En todas las entrevistas al hablar de las barreras comunicativas, emergieron emociones y juicios que se consideró oportuno codificar, aunque inicialmente esta categoría no se había considerado. Lógicamente, las emociones y juicios asociados a las barreras comunicativas tienen una connotación negativa, y en combinación con la puesta en marcha de recursos propios para salvarlas, derivan en sensación de agotamiento o cansancio.

Las emociones básicas mencionadas fueron la ira y la tristeza, mientras que las emociones complejas o secundarias fueron la vergüenza, ansiedad y frustración. Como se ha señalado, también se plantea la fatiga debido a su afrontamiento diario, lo que deriva en juicios negativos y comentarios inespecíficos de expresión de malestar (ej. interjecciones, expresiones no verbales, etc.).

«Pero claro, cuando estás con otras personas, en una conferencia, en un restaurante, y ves que has perdido el hilo, el primer hilo, ya empiezas a fatigarte porque no puedes estar continuamente pendiente, porque... me canso» (mujer 67 años, sordera neurosensorial profunda, postlocutiva, usuaria de audífonos).

DISCUSIÓN

La invisibilidad de las deficiencias auditivas contrasta con su elevada prevalencia. Además, bajo ese término único de sordera o hipoacusia se engloba una población sumamente heterogénea y con necesidades diversas [1, 2]. El objetivo del presente estudio ha sido conocer de primera mano estas necesidades y sus posibles causas en relación con la comunicación, entre las personas sordas y con pérdidas auditivas en la ciudad de Salamanca.

Para ello, las entrevistas semiestructuradas resultaban el método más apropiado: por un lado, la metodología cualitativa es cada vez más frecuente en la investigación con colectivos en situación de vulnerabilidad [20], y, por otro, se sitúan las vivencias de los protagonistas en el centro del conocimiento. En este trabajo, se identificaron elementos de lo que Mairson y Howe [14] denominan audismo estructural: barreras comunicativas, lugares donde se producen y agentes involucrados. Se recogieron también emociones y estrategias utilizadas para salvar tales barreras, tal y como se había hecho ya en otros países [1, 15, 16, 17, 18].

Las principales barreras comunicativas descritas son los espacios físicos y las propias personas oyentes (barreras actitudinales y lingüísticas). Junto

a ello, la iluminación que no permite una adecuada lectura labial y la reverberación de las salas hacen figura cuando eres sordo o pierdes audición como manifiestan muchas de las personas entrevistadas (algunas no eran conscientes de su pasada condición privilegiada de oyentes). En cuanto a las barreras actitudinales, las citas revelan sesgos capacitistas, asimilando pérdidas auditivas con capacidades cognitivas inferiores a las mayoritarias por los comportamientos compensatorios (como solicitar varias veces la información —recursos propios—). También las barreras actitudinales se ven reforzadas por la edad (el rango de edad predominante en las mujeres entrevistadas superaba los 65 años), rasgo físico más visible en ocasiones que la audición deficitaria. Finalmente, se refiere que el desconocimiento de la discapacidad auditiva hoy está íntimamente ligado a estos sesgos de las personas oyentes (interseccionalidad [22]).

Entre las barreras del habla y lenguaje descritas en la interacción, se encuentran características formales como el ritmo, volumen y tono de habla del interlocutor, y también aspectos de contenido relacionados con la simplificación de los mensajes (el limitar la información), el uso de vocabulario técnico (pese a tener estudios universitarios muchas de las entrevistadas, se evidencia que la lectura labial combinada con mecanismos de suplencia mental no siempre resultan ni suficientes, ni eficientes ante vocabulario de menor frecuencia) o aspectos conversacionales como el solapamiento de turnos que, además de generar una mala señal acústica, impide la realización de una buena lectura labial.

La barrera económica citada por algunas entrevistadas, cabe ponerla en relación con las desigualdades económicas referidas en la introducción [9]. En la actualidad, las ayudas técnicas personales siguen teniendo en un coste elevado inaccesible para parte de la población mundial (el precio de las prótesis auditivas puede oscilar entre los 1 200 € y los 4 500 €, sin contar las aplicaciones asociadas).

En cuanto a los entornos donde se dan tales barreras, el contexto sanitario resulta significativamente discapacitante para las personas entrevistadas, intentando evitarlo en la mayoría de los casos [15, 17]. Por ende, sus profesionales también fueron señalados. La referencia a este entorno podría deberse a una mayor asistencia frente a la media poblacional, por la comorbilidad de la deficiencia auditiva con otras dificultades [23]. Algunas de las situaciones discapacitantes descritas son las consultas telefónicas, las llamadas a viva voz para entrar en consulta, el excesivo ruido, la mala iluminación... y en muchos casos, la ausencia de privacidad al tener que ir con acompañantes (recurso propio inevitable en este entorno sanitario), violando su intimidad y dignidad.

Las personas entrevistadas relatan el esfuerzo constante de acomodación a personas, lugares, formas comunicativas... lo que conlleva la aparición de emociones tales como la rabia, tristeza, ansiedad, frustración y vergüenza [19]. Especialmente, tal y como las propias personas entrevistadas relatan, si las personas que «olvidan» tu dificultad son familiares y amistades (muchas de las personas entrevistadas tenían pérdidas sobrevenidas por lo cual, la imagen construida por su entorno sigue siendo la de una persona oyente, debido a la aparente funcionalidad).

¿Qué sucedería si ese esfuerzo comunicativo recayese en parte en las personas oyentes? Las recomendaciones de las personas entrevistadas para lograr una comunicación eficaz [13] consistirían en: cuidar aspectos del habla y lenguaje, la expresión corporal, conocer los apoyos que se pueden brindar... para garantizar la accesibilidad [24].

CONCLUSIONES

Es imprescindible mostrar sensibilidad a las señales de nuestro interlocutor en cuanto a las barreras que puede estar experimentando en la comunicación. Si bien cada persona sorda y cada persona con pérdida auditiva es diferente, conocer

sus necesidades nos puede hacer entender su realidad y las limitaciones con las que se encuentra.

Las barreras señaladas por las personas entrevistadas incluyen desde la accesibilidad física de los entornos, a barreras actitudinales y aspectos lingüísticos, especialmente limitantes en los entornos sanitarios, laborales y educativos (con sus correspondientes profesionales).

Algunas de las recomendaciones y ajustes propuestos en este estudio se resumen en el díptico de Comunicación Eficaz que se distribuye desde finales de marzo de 2025, por la asociación SADAP Salamanca (<https://sadap.es/>). Cabe destacar en él la importancia de facilitar la lectura labial, sostener el contacto visual, gesticular... entre las estrategias corporales; anticipar los cambios temáticos, no gritar, favorecer la participación, asegurar la comprensión... entre las estrategias relativas al código; o asegurar aspectos que resultan en un gran apoyo para la persona como cuidar la iluminación, respetar los ritmos o asegurar la ausencia de ruido, con el fin de que la persona se sienta realmente escuchada.

AGRADECIMIENTOS

A los participantes de este estudio, así como a la Asociación de Personas con Discapacidad Auditiva Postlocutiva en Salamanca (SADAP) y a la Asociación de Padres de Niños Sordos de Salamanca (ASPAS Salamanca).

BIBLIOGRAFÍA

1. Royal National Institute for Deaf People (RNID). It does matter [Internet]. London: RNID; 2024 [citado 8 Ene 2026]. <https://rnid.org.uk/wp-content/uploads/2024/04/RNID-It-Does-Matter-Report.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sordera y pérdida de la audición [Internet]. Ginebra: OMS; 26 Feb 2025 [citado 8 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

3. Olusanya BO, Ruben RJ, Parving A. Reducing the burden of communication disorders in the developing world: an opportunity for the millennium development project. *JAMA*. 2006;296(4):441-4. <https://doi.org/10.1001/jama.296.4.441>. PMID: 16868302.
4. Andersen AH, Santurette S, Pedersen MS, Alickovic E, Fiedler L, Jensen J, et al. Creating clarity in noisy environments by using deep learning in hearing aids. *Semin Hear*. 2021;42(3):260-81. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735134>. PMID: 34594089.
5. Balling LW, Mølgaard LL, Townend O, Nielsen JBB. The collaboration between hearing aid users and artificial intelligence to optimize sound. *Semin Hear*. 2021;42(3):282-94. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735135>. PMID: 34594090.
6. Fabry DA, Bhowmik AK. Improving speech understanding and monitoring health with hearing aids using artificial intelligence and embedded sensors. *Semin Hear*. 2021;42(3):295-308. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735136>. PMID: 34594091.
7. Frosolini A, Franz L, Caragli V, Genovese E, De Filippis C, Marioni G. Artificial intelligence in audiology: a scoping review of current applications and future directions. *Sensors (Basel)*. 2024;24(22):7126. <https://doi.org/10.3390/s24227126>. PMID: 39598904.
8. Umashankar A, MN A, Pachaiappan C. Applications of artificial intelligence in hearing aids and auditory implants: a short review. *J Hear Sci*. 2021;11(3):20-3. <https://doi.org/10.17430/JHS.2021.11.3.2>
9. Khoza-Shangase K. Setting a research agenda for speech therapy and audiology practice in South Africa. *S Afr J Commun Disord*. 2025;72(1):e1-e6. <https://doi.org/10.4102/sajcd.v72i1.1085>. PMID: 40035119.
10. Amariutei AE, Jeng JY, Safieddine S, Marcotti W. Recent advances and future challenges in gene therapy for hearing loss. *R Soc Open Sci*. 2023;10(6):230644. <https://doi.org/10.1098/rsos.230644>. PMID: 37325593.
11. Ren Y, Landegger LD, Stankovic KM. Gene therapy for human sensorineural hearing loss. *Front Cell Neurosci*. 2019;13:323. <https://doi.org/10.3389/fncel.2019.00323>. PMID: 31379508.
12. British Deaf Association. British Deaf Association responds to gene therapy trial to treat deafness: “Deaf children are not broken; what they need most of all is access to sign language” [Internet]. London: BDA News; 2024 [citado 8 Ene 2026]. Disponible en: <https://bda.org.uk/gene-therapy-response/>
13. National Deaf Center. Effective communication [Internet]. Austin: NDC Resources; 27 Sep 2017 [citado 8 Ene 2026]. Disponible en: <https://nationaldeafcenter.org/resource-items/effective-communication/>
14. Mairson TM, Howe E. Addressing structural audism in medicine: How those who are deaf and hard of hearing are marginalized in healthcare. *Psychiatry*. 2024;87(1):1-5. <https://doi.org/10.1080/00332747.2023.2286844>. PMID: 38266212.
15. Masuku KP, Moroe N, Van der Merwe D. “The world is not only for hearing people - It’s for all people”: The experiences of women who are deaf or hard of hearing in accessing healthcare services in Johannesburg, South Africa. *Afr J Disabil*. 2021;10:a800. <https://doi.org/10.4102/ajod.v10i0.800>. PMID: 34395202.
16. Olsson S, Dag M, Kullberg C. Hard of hearing adults’ interpersonal interactions and relationships in daily life. *Disabilities*. 2021;1:71-88. <https://doi.org/10.3390/disabilities1020007>
17. Parmar B, Henshaw H, Howe S, Rolfe C, Le Mere P, et al. “I always feel like I’m the first deaf person they have ever met.” Deaf awareness, accessibility and communication in the United Kingdom’s National Health Service (NHS): How can we do better? *PLoS One*. 2025;20(5):e0322850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322850>. PMID: 40333900.
18. Torallo SL. Hearing the unheard: life adaptation struggles and coping mechanisms of the deaf. *Int J Open-Access Interdiscip New Educ Discov*. 2025;4(1). <https://doi.org/10.63498/nxz2st247>
19. Waters-Johnson AZ. Living in silence: an autoethnography of relating, coping, and navigating daily challenges with hearing impairment. *J Autoethnogr*. 2021;2(1):39-54. <https://doi.org/10.1525/joae.2021.2.1.39>

20. Jorrín-Abellán I, Fontana-Abad M, Rubia-Avi B, coordinadores. Investigar en educación. Madrid: Síntesis; 2021.
21. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. 2006;18(1):59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
22. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Leg Forum*. 1989;(140):139-67.
23. Besser J, Stropahl M, Urry E, Launer S. Comorbilidades de la hipoacusia y consecuencias de la multimorbilidad para la asistencia audiológica. *Hear Res*. 2018;369:3-14. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2018.06.008>. PMID: 29941312.
24. España. Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público. Boletín Oficial del Estado, n.º 69, (22 de marzo de 2023). [citado 8 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2023/03/21/193/con>