

## CAPÍTULO 1

---

**La exclusión de la comunidad sorda del sistema de atención en salud mental.**

**Hacia un modelo que respete sus características culturales y lingüísticas**

**MARÍA ROSA LISSI**

Escuela de Psicología UC y Laboratorio Lecsor

**FÉLIX BACIGALUPO**

Escuela de Psicología y Facultad de Medicina UC

**MARIBEL GONZÁLEZ**

Escuela de Psicología UC y Laboratorio Lecsor

**VERÓNICA ESCOBAR**

**MARTÍN VERGARA**

**ELISA VARAS**

**YEXENIA BONILLA**

Laboratorio Lengua, Educación y Cultura Sorda (Lecсор)

# La exclusión de la comunidad sorda del sistema de atención en salud mental. Hacia un modelo que respete sus características culturales y lingüísticas

INVESTIGADORES<sup>1</sup>

**MARÍA ROSA LISSI**

Escuela de Psicología UC y Laboratorio Lector

**FÉLIX BACIGALUPO**

Escuela de Psicología y Facultad de Medicina UC

**MARIBEL GONZÁLEZ**

Escuela de Psicología UC y Laboratorio Lector

**VERÓNICA ESCOBAR**

**MARTÍN VERGARA**

**ELISA VARAS**

**YEXENIA BONILLA**

Laboratorio Lengua, Educación y Cultura Sorda (Lector)

---

## Resumen<sup>2</sup>

Las personas sordas han estado históricamente marginadas del acceso a las oportunidades de promoción, prevención, atención e intervención en salud mental que se ofrecen al resto de la población, pese a que estudios realizados en países más desarrollados indican que estas presentan una mayor prevalencia de problemas de este tipo en comparación a los oyentes. Existe una falta de reconocimiento de las características lingüísticas y culturales

---

1 Los investigadores agradecen especialmente a todos los integrantes de la comunidad sorda que participaron en las diferentes etapas del proyecto, aportando con sus experiencias, conocimientos, comentarios críticos y sugerencias, sin lo cual esto no habría tenido sentido.

2 Esta propuesta fue presentada en un seminario organizado por el Centro de Políticas Públicas UC el 19 de noviembre del año 2020, en el que participaron como panelistas Gloria Cerón, jefa del Departamento de Estudios de Senadis; Matías Irrarrázaval, jefe del Departamento de Salud Mental del Minsal; y Juan Luis Marín, director del colegio Jorge Otte y miembro del directorio del Instituto de la Sordera.

de la comunidad sorda, y esta realidad a nivel global se ve agravada por la falta de políticas públicas concretas sobre el tema en nuestro país. A través de la realización de entrevistas, se levantó información sobre esta problemática con el objetivo de proponer sugerencias que contribuyan a generar condiciones más justas para la población sorda en cuanto a sus posibilidades de acceder a una atención en salud mental que respete sus características. Considerando que uno de los problemas es la ausencia de instrumentos que se adecuen a las necesidades de este grupo se planteó también el objetivo de traducir a LSCh y adaptar el *Patient Health Questionnaire PHQ-9* (Kroenke et al., 2001), un instrumento para evaluar síntomas depresivos, como un primer paso en el desarrollo de instrumentos de evaluación que se adecuen a la comunidad sorda.

## 1. Introducción

Según cifras del Censo Nacional del año 2012, 488.511 personas son sordas o tienen problemas de audición en Chile (Instituto Nacional de Estadística, 2012). Por otra parte, en el II Estudio Nacional de Discapacidad (Instituto Nacional de Estadística, 2015) se indica que el 8,2% de la población chilena adulta con discapacidad presenta algún grado de pérdida auditiva. A esto se suma que el nivel educacional alcanzado por las personas sordas en nuestro país es muy bajo en comparación a la población general: el 59% de los adultos sordos no tiene estudios más allá de la enseñanza básica; un 6,84% no tiene educación formal, un 33,33% tiene enseñanza básica incompleta y un 18,8% completó la enseñanza básica (Instituto Nacional de Estadística, 2015). Lamentablemente no se cuenta con datos más actualizados hasta el momento.

La población sorda, en Chile y en muchos otros países, ha sido marginada y desatendida en relación con la salud mental (Cabral et al., 2013); se sabe que esta es fundamental para alcanzar una salud plena, y como tal debería ser parte de una política pública que asegure su acceso como un derecho humano básico para todos los ciudadanos.

Diversos estudios realizados en países más desarrollados revelan que las personas sordas presentan una mayor prevalencia de este tipo de problemas en comparación a los oyentes. Al mismo tiempo, las oportunidades de acceder a servicios de salud mental y tratamientos adecuados a sus necesidades y características son muy limitadas (Cabral et al., 2013; Díaz et al., 2013). Asimismo, la literatura indica que son escasos los profesionales que poseen las calificaciones tanto lingüísticas como culturales para atender a esta población (Wilson y Schild, 2014). En el caso chileno, esto se evidencia no solo en relación con la salud mental, sino que también en el sistema de salud general (Campos y Cartes-Velásquez, 2019).

La salud mental ha sido insuficientemente atendida en nuestro país, tanto en relación con las políticas como con las normativas correspondientes, por lo que es un problema que requiere ser abordado con urgencia (González et al., 2014). Sin embargo, en el caso de los niños, jóvenes y adultos sordos esta situación es mucho más dramática. Como se verá más adelante, los sistemas de salud en general –y particularmente en el área de la salud mental– presentan muchas barreras para que la comunidad sorda pueda beneficiarse de los servicios que ofrece. Estos obstáculos se originan fundamentalmente por la falta de reconocimiento de dicha comunidad como una minoría cultural y lingüística. Luego, podemos decir que sin profesionales de la salud que conozcan la cultura sorda y manejen la lengua de señas, sin intérpretes bien capacitados en las competencias y aspectos éticos de la profesión ni servicios que consideren la diversidad de modalidades de comunicación de las personas sordas es imposible avanzar hacia un acceso igualitario a la salud mental y física para los niños, jóvenes y adultos en esta situación.

Si bien Chile ha prosperado en materia de leyes y ratificación de tratados internacionales guiados por principios tales como la equidad, la no discriminación y el acceso universal a los servicios, en la práctica no se observan reales avances, al menos en lo que respecta al acceso de las personas sordas a una adecuada atención en salud, y más específicamente en salud mental, manteniéndose una situación de injusticia y discriminación. Ante esta situación, el presente proyecto se planteó como objetivo general desarrollar orientaciones para la generación de una política pública que favorezca la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental de las personas sordas en Chile, considerando las características culturales y lingüísticas propias de esta comunidad. Los objetivos específicos incluyeron:

1. Identificar necesidades de este grupo de personas en los ámbitos de promoción, prevención, acceso a tratamiento y rehabilitación en salud mental.
2. Identificar barreras y limitaciones del sistema de salud para ofrecer atención que considere sus características culturales y lingüísticas.
3. Desarrollar sugerencias que favorezcan la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental de las personas sordas en Chile.
4. Adaptar y traducir a Lengua de Señas Chilena (LSCh) el Cuestionario PHQ-9, un instrumento para evaluar síntomas depresivos (Kroenke et al., 2001).

Para alcanzar estos objetivos se usaron métodos cualitativos, específicamente entrevistas individuales y grupales, transcritas y analizadas a partir de ejes temáticos relevantes. En el caso de la adaptación y traducción del PHQ-9 se empleó una metodología previamente utilizada por otros investigadores en la adaptación y traducción a lengua de señas de instrumentos psicométricos para su uso en la población sorda, que incluye la participación activa de personas sordas.

## 2. Antecedentes

### 2.1. El problema: las personas sordas y su situación de exclusión

Las personas sordas han experimentado la marginación y discriminación a lo largo de la historia y en muchas sociedades continúan sufriendo situaciones de injusticia producto de las actitudes negativas hacia ellos y de la falta de reconocimiento y valoración de su lengua y su cultura (du Feu y Chovaz, 2014). Numerosas publicaciones reportan la crítica situación de las personas sordas con respecto a sus oportunidades de atención en salud mental, con servicios que no están preparados para atenderlos (Pertz et al., 2018; Vernon y Leigh, 2007; Wilson y Schild, 2014).

Para las personas sordas, la lengua de señas –en nuestro caso la LSCh– es su primera lengua y el elemento central de su cultura (Ladd, 2003). Para esta comunidad, el español, al ser una segunda lengua y por su naturaleza oral, presenta barreras que limitan significativamente las posibilidades de comunicación con personas que desconocen la LSCh. Esta lengua no solo permite fluidez y precisión en la comunicación, al mismo tiempo es un componente altamente significativo en la identidad de las personas sordas y su cultura, lo que las lleva a reconocerse como una minoría cultural y lingüística (Lane, 2005). Este aspecto es escasamente reconocido por los profesionales de la salud y por aquellos que toman decisiones, limitando las oportunidades de acceso de estas personas a los servicios que requieren y que por derecho debieran recibir (Wilson y Schild, 2014; Wright y Reese, 2015).

Si bien la LSCh es mencionada en la Ley N° 20.422 (2010), sobre la inclusión social de personas con discapacidad, como “medio de comunicación natural de la comunidad sorda” (Artículo 26), solo a fines de diciembre del año 2020 se aprobó una importante modificación a este artículo, en el que ahora se la señala como “lengua natural, originaria y patrimonio intangible de las personas sordas, así como también el elemento esencial de su cultura e identidad individual y colectiva”, y se afirma que “el Estado reconoce su carácter de lengua oficial de las personas sordas”.

### 2.2. Salud mental en la población sorda

Diversas investigaciones realizadas a nivel internacional han constatado una mayor prevalencia de trastornos de salud mental en la población sorda en comparación con la población oyente, tanto para niños, adolescentes y adultos (Anderson et al., 2016; Brown y Cornes, 2015; Landsberger et al., 2014) y en relación con una amplia variedad de problemas de salud mental, incluyendo síntomas de ansiedad y depresión (Casas Idárraga, 2009; Estrada, 2012); déficit atencional e hiperactividad, trastornos de conducta y trastornos bipolares (Landsberger et al., 2014); trastorno por abuso de sustancias (Anderson et al., 2016); deterioro en las relaciones sociales y funcionamiento

escolar (Landsberger et al., 2014), trastornos del control de impulsos (Díaz et al., 2013) y tendencia a la autoagresión (Black y Glickman, 2006).

Se postula que algunos de los problemas de salud mental podrían estar relacionados con problemas socioeconómicos asociados a limitadas oportunidades de acceso a una educación que responda a sus necesidades, diferentes experiencias de estigmatización y discriminación vividas desde la infancia (Cabral et al., 2013), a dificultades en la comunicación a nivel familiar y experiencias negativas en el ámbito escolar (Fellinger et al., 2012). Asimismo, se ha reportado también que la calidad de vida –entendida como el grado de satisfacción de un individuo con los aspectos físicos, emocionales y sociales de su vida cotidiana– es significativamente peor en las personas sordas en comparación con la población oyente (Campos y Cartes-Velásquez, 2019; Casas Idárraga, 2009; Fellinger, 2005). En este contexto, la marginación de las personas sordas de la atención en salud mental se presenta como un problema grave que requiere atención.

Por otra parte, es importante considerar que el limitado acceso a niveles superiores de educación, las limitaciones en la comunicación con familiares y pares oyentes, y la falta de información en formato accesible, entre otras razones, impiden que muchas personas sordas conozcan los temas médicos y la nomenclatura específica asociada (Fellinger et al., 2012), algo que, sumado a las dificultades en la comunicación con los profesionales, lleva frecuentemente a la persona a no comprender o a entender de manera errónea información importante sobre su trastorno o sobre las indicaciones de tratamiento (Meador y Zazove, 2005).

En la actualidad no hay estudios respecto de ningún tema que se relacione con la salud mental de las personas sordas en Chile. En un estudio reciente, Campos y Cartes-Velásquez (2019) abordan en términos generales las dificultades de las personas sordas para acceder a la atención de salud en nuestro país. Luego, podemos decir que la ausencia de políticas públicas en esta línea se relaciona con que esta problemática se ha mantenido invisibilizada, siendo evidente solo para aquellas personas que se relacionan directamente con la comunidad sorda.

En general, nuestro sistema de salud no está preparado para ofrecer una atención de calidad y en condiciones de equidad a las personas sordas (Campos y Cartes-Velásquez, 2019). Actualmente existe un desconocimiento general acerca de la sordera, a lo que se suma la casi nula presencia de profesionales pertenecientes a equipos de salud mental que puedan comunicarse en LSCh con aquellos pacientes que requieren atención. Por otra parte, no hay un servicio de interpretación de LSCh disponible que cuente con profesionales calificados y especializados en el ámbito de la salud (González y Pérez, 2017). Además, en relación con las herramientas de diagnóstico no existen

instrumentos adaptados, traducidos, validados y confiables para ser utilizados con personas sordas.

### **2.3. Desafíos de la atención y trabajo terapéutico con personas sordas**

En la literatura se discuten diversos desafíos asociados al trabajo con personas sordas en salud mental que derivan de las particularidades culturales y lingüísticas que presenta esta comunidad, de la falta de conocimiento y sensibilidad cultural del sistema de salud y quienes se desempeñan en los diferentes servicios, y de las consideraciones que conlleva el trabajo con intérpretes, entre otras. Todos estos aspectos están, a su vez, cruzados por desafíos éticos que emergen al buscar soluciones para abordar el problema (Bonnes, 2016).

#### *Una atención culturalmente pertinente*

El predominio de un modelo médico para comprender a las personas sordas ha dificultado la identificación de estas como una minoría lingüística y cultural, lo que explica, en gran parte, la resistencia de los sistemas de salud a diseñar programas e intervenciones pensados específicamente para este grupo. Olvidar o desconocer esta importante dimensión puede llevar a que los servicios carezcan de sensibilidad cultural y que se interpreten erróneamente algunos de los comportamientos o ideas del paciente (Wright y Reese, 2015).

Se ha planteado que establecer legitimidad intercultural es el mayor desafío para un clínico oyente al trabajar con personas sordas. Glickman (2003) presenta un programa de atención a personas sordas que caracteriza como culturalmente afirmativo. Con esto se refiere a que incluye elementos como competencia cultural, autoconciencia relevante, además de conocimiento específico y habilidades especiales.

Luego, una atención culturalmente pertinente requiere de profesionales capacitados para atender a esta población. A nivel internacional y particularmente en Chile, uno de los mayores obstáculos es la ausencia de profesionales preparados para atender adecuadamente a los requerimientos de esta población, tanto a nivel de prevención como de promoción, diagnóstico y tratamiento médico y psicológico (Campos y Cartes-Velásquez, 2019). En la literatura se enfatiza la necesidad de capacitar a los profesionales para que puedan relacionarse de mejor manera con el paciente sordo, respetando sus particularidades culturales y lingüísticas y comprendiendo la diversidad que existe también en su comunidad (Meador y Zazove, 2005).

#### *Los intérpretes de LS y su rol en la atención en salud mental*

Varios trabajos analizan el rol del intérprete de lengua de señas (LS) como un elemento clave en la atención a personas sordas para las que la lengua de señas es una primera lengua, o que se comunican principalmente a través

de esta (Chatzidamianos et al., 2019; de Bruin y Brugmans, 2006; du Feu y Chovaz, 2014; Vernon y Miller, 2001). La presencia del intérprete es fundamental cuando no se cuenta con profesionales con fluidez en lengua de señas, y esto agrega la complicación de incluir un tercero en la relación terapéutica. Sin embargo, los autores aseguran que la atención y el tratamiento pueden ser exitosos si se logra construir una visión y conocimientos compartidos entre el terapeuta y el intérprete (Chatzidamianos et al., 2019; de Bruin y Brugmans, 2006).

Como ya se ha mencionado, en nuestro país la formación de intérpretes no está suficientemente profesionalizada aún y no contamos con intérpretes capacitados especialmente para el trabajo en salud mental. A nivel nacional, tampoco existen regulaciones que definan las competencias y roles; tampoco existe un código de ética por el cual debieran regirse los intérpretes en este ámbito (González y Pérez, 2017).

Los investigadores han constatado que algunas situaciones requieren de un intérprete de apoyo o mediador, es decir, una persona sorda que pueda adaptar la LS más estándar a un nivel compatible con el del paciente y viceversa. Esto es muy importante en el caso de Chile, dado que en las condiciones actuales el sistema educativo no favorece la adquisición temprana de la LSCh, debido a que la mayoría de los estudiantes se educan en escuelas regulares y no en escuelas especiales para sordos (Lissi et al., 2019).

### *Evaluación y diagnóstico*

Las variables lingüísticas y culturales plantean grandes desafíos en el proceso de realizar evaluación y diagnóstico psicológico-psiquiátrico a estos pacientes. El limitado manejo del español, incluso en su modalidad escrita, impide o dificulta la realización de entrevistas y la aplicación de cuestionarios u otras formas de autorreporte escrito (Crowe, 2017). El proceso de entrevista va a requerir de un intérprete en todos los casos en los que la lengua de señas sea considerada la primera lengua –o lengua de preferencia– de la persona sorda. En muchos países, se ha optado por adaptar y traducir a la lengua de señas del país aquellos instrumentos de uso frecuente en la clínica. Una de estas pruebas es el Inventario de Beck (Beck et al., 1961), que ha sido producido en la Lengua de Señas Española y la Lengua de Señas Mexicana (Estrada, 2012) entre otras. En Brasil, Chaveiro et al. (2013) realizaron la adaptación y traducción a lengua de señas brasileña (Libras) de dos instrumentos de la Organización Mundial de la Salud para evaluar la calidad de vida. Generar estos instrumentos es largo y desafiante, pero es la mejor opción, ya que, tal como señalan Connolly et al. (2006), si no se cuenta con versiones videograbadas de instrumentos traducidos a lengua de señas adaptados de manera estandarizada y se opta porque el profesional o intérprete traduzca en el momento las preguntas de un cuestionario escrito, se pierde la rigurosidad en la aplicación y se afecta la validez del proceso.

La realidad de la salud mental de los miembros de la comunidad sorda en Chile no ha sido evaluada de manera adecuada porque no existen instrumentos de medición de síntomas clínicos validados para esta población. En esta línea, este proyecto buscó avanzar hacia la adaptación y validación de un instrumento de medición de síntomas depresivos para su uso en la comunidad sorda. Este instrumento es el Cuestionario PHQ-9, escala ampliamente usada en el mundo para evaluar sintomatología depresiva, existiendo algunas versiones en lengua de señas, como por ejemplo en la Lengua de Señas Británica (Rogers et al., 2013) y la Lengua de Señas Americana (Guthmann et al., 2017). Dada la alta incidencia de problemas de salud mental en la población sorda a nivel internacional, se hace urgente desarrollar y validar instrumentos de medición en Chile para establecer una política pública en salud mental adecuada para esta comunidad y que considere el contexto local.

### *Consideraciones éticas*

Boness (2016) y Gutman (2005) han analizado los complejos aspectos éticos de la atención a personas sordas en salud mental. Boness (2016) plantea una serie de consideraciones éticas para los psicólogos, relacionadas con la competencia, relaciones múltiples y problemas de límites; confidencialidad, diagnóstico y evaluación, y comunicación y uso de intérpretes. Los problemas éticos encontrados al trabajar con sordos en salud mental son complejos y no han sido abordados completamente en códigos de ética profesional. Gutman (2005), por su parte, propone un proceso de razonamiento ético basado en principios como bienestar, autonomía, equidad, integridad y respeto.

## **2.4. Programas y enfoques**

En otros países se han desarrollado diversas iniciativas que han permitido mayores oportunidades de acceso a la salud mental para esta comunidad. Un tema fundamental, desde el punto de vista ético, es el conocimiento de sus características culturales y lingüísticas, pues la valoración de estas diferencias facilita el establecimiento de una alianza terapéutica y la toma de decisiones apropiadas en términos del diagnóstico, evaluación y tratamiento (Boness, 2016).

En varios países se ha optado por crear unidades especializadas para el trabajo en salud mental con personas sordas. Las razones aludidas son: (i) se trata de una población más propensa al desarrollo de problemas de salud mental y (ii) sus particularidades culturales y lingüísticas. Por ejemplo, en Holanda existen cinco equipos ambulatorios especializados para la atención en salud mental de personas sordas en cinco regiones diferentes, además de cuatro clínicas para pacientes internados (de Bruin y Brugmans, 2006). En España se creó en el año 2002 la Unidad de Atención a Personas Sordas en Salud Mental en el hospital madrileño Gregorio Marañón (García-García, 2011), y en el País Vasco surgió también una unidad especializada en el año

2011 (Olazabal Eizaguirre, 2014). En Inglaterra hay un servicio enfocado en la atención en salud mental de niños y adolescentes sordos, con un programa que cuenta con cuatro centros que cubren diferentes áreas geográficas y que utiliza videoconferencias para acceder a otros lugares. Entre los aspectos destacados por los usuarios está la experticia en salud mental y sordera, la calidad de los vínculos con las escuelas, la variedad de enfoques terapéuticos y el hecho que hay personas sordas y oyentes trabajando en equipo (Wright et al., 2012). Una de las ventajas de estos servicios es que los profesionales han desarrollado conocimiento acerca de los modos en los cuales factores culturales, lingüísticos, sensoriales, y sociales se intersectan a la hora de elaborar un diagnóstico, reconociendo la multiplicidad de experiencias de las personas sordas (Brenman et al., 2017).

Crowe (2017) señala que se ha estimado que un 80-90% de las personas sordas con enfermedad mental crónica no pueden acceder a los servicios de salud mental. Para poder llegar a pacientes que viven lejos de las grandes ciudades o en cualquier caso en el que no haya acceso cercano a esta atención especializada, en países como Estados Unidos, España y Reino Unido se han implementado mecanismos de teleatención en salud mental, a través de videollamada o videoconferencia, para permitir el acceso a profesionales calificados más allá de las barreras geográficas (Wilson y Schild, 2014).

## **2.5. Legislación chilena y tratados internacionales relevantes**

Tanto la legislación vigente como los acuerdos internacionales que Chile ha suscrito avalan la necesidad de implementar medidas que aseguren el acceso de las personas sordas a la salud mental, respetando sus características culturales y lingüísticas. Si bien ha habido algunos avances en materia de legislación respecto a este asunto, aún son insuficientes (González et al., 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2014). Desde el año 2016 se ha estado tramitando en el Congreso el proyecto legislativo sobre Protección de la Salud Mental. Sin embargo, a la fecha la iniciativa se encuentra aún en el segundo trámite constitucional en el Senado para su aprobación<sup>3</sup>.

Por su parte, el actual Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) no está alineado con los estándares de derechos humanos establecidos en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Chile (ONU, 2008). En el caso específico de la comunidad de personas sordas, al no acoger sus necesidades particulares y los enormes obstáculos para el acceso y tratamiento que enfrentan se genera una situación de vulneración a sus derechos.

<sup>3</sup> <https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?> Chile cuenta con una ley que se refiere a los derechos y deberes de las personas en salud (Ley N° 20.584, 2012), pero en esta se hace escasa referencia a la salud mental y no se menciona a las personas sordas.

Como marco general para la propuesta que aquí se presenta se cuenta con la Ley N° 20.422 (2010), sobre la inclusión social de personas con discapacidad, que busca “la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad” (Artículo 1°). La misma ley asigna al Estado el deber de promover la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad y exigir el cumplimiento de las condiciones de accesibilidad. Se indica, además, que en la aplicación de esta ley “deberá darse cumplimiento a los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social” (Artículo 3°). En cuanto a las personas sordas, la norma incluye el reconocimiento “de la lengua de señas como medio de comunicación natural de la comunidad sorda” (Artículo 26)<sup>4</sup>.

Otro documento normativo importante es el Decreto 201/2008 del Ministerio de Relaciones Exteriores, que promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. La Convención reconoce la importancia de una plena accesibilidad en todos los ámbitos, incluida la salud, para que estas personas puedan disfrutar de los mismos derechos y libertades fundamentales. En el artículo 2° se explica el uso de algunos términos. Se indica que por “lenguaje” se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación; por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas en la mayor medida posible. De acuerdo con el mismo artículo, el “diseño universal” no excluye las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad cuando se necesiten. En el Artículo 4° se establece que los Estados Partes se comprometen a “promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos”. El Artículo 25, en tanto, indica que los Estados Partes deberán asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud, a través de programas y atención de calidad, gratuitos o de bajo costo. Deberán también exigir a los profesionales de la salud que la atención que prestan a las personas con discapacidad sea de la misma calidad que la que ofrecen al resto de la población. A su vez, deberán ofrecer capacitaciones, promover la sensibilización respecto de los derechos y necesidades de las personas con discapacidad, además de promulgar normas éticas para la atención en salud.

4 Luego de años de lucha, la comunidad sorda logró la aprobación por parte del Senado de la modificación de este artículo. En la nueva versión se reconoce a la LSCh como la “lengua natural, originaria y patrimonio intangible de las personas sordas, así como también el elemento esencial de su cultura e identidad individual y colectiva. El Estado reconoce su carácter de lengua oficial de las personas sordas”. <https://www.senado.cl/a-ley-norma-que-promueve-el-uso-de-lengua-de-señas-en-los-ambitos/senado/2020-12-22/154308.html>

### 3. Metodología

#### 3.1. Levantamiento de información sobre el problema

Para alcanzar los primeros tres objetivos, relacionados con el desarrollo de propuestas basadas en la identificación de necesidades de la comunidad sorda y las barreras existentes en el sistema de salud para ofrecerles una atención cultural y lingüísticamente pertinente, se utilizaron métodos de indagación cualitativa que permitieran conocer la perspectiva de los propios actores involucrados. La técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada, que en algunos casos se desarrolló en forma grupal y en otros de manera individual. En general, las entrevistas tuvieron una duración de entre una y dos horas.

En total se entrevistó a seis personas sordas, de las cuales dos trabajan como mediadores y el resto son educadores, aunque no todos se desempeñan en escuelas; siete psicólogas y psicólogos, y tres intérpretes de LSCh. En el caso de las personas sordas, estas cumplían con uno o más de los siguientes requisitos: haber participado de alguna iniciativa vinculada al tema de la salud, participar de alguna organización de sordos o haber trabajado como mediadores. Los temas abordados en estas entrevistas incluyeron: percepción de necesidades en cuanto al acceso a la salud mental, identificación de principales problemáticas de esta área en la comunidad sorda y apoyos de organismos públicos o privados. Todas estas entrevistas fueron realizadas en LSCh por miembros del equipo con un manejo fluido en esta lengua.

En el caso de los profesionales e intérpretes de LSCh, el requisito fue que contaran con alguna experiencia en atención a personas sordas en salud general o mental. En estas entrevistas se indagó acerca de los desafíos que implica el trabajo con niños, jóvenes y adultos sordos en el tema, requerimientos para asegurar una atención que respete la diversidad lingüística y cultural de la comunidad sorda y las principales problemáticas o dificultades a las que se ven enfrentadas las personas sordas, entre otras temáticas.

El análisis del material se hizo registrando para cada entrevista los contenidos relevantes en una grilla dividida en cuatro ámbitos: (i) necesidades y problemáticas detectadas en la comunidad sorda con relación a salud; (ii) desafíos y barreras para el trabajo en salud mental con personas sordas; (iii) condiciones/características que debiera cumplir un programa/política para mejorar la atención en salud mental para personas sordas, y (iv) sugerencias para la prevención y promoción de salud mental en personas sordas, dejando también un espacio para registrar otros tópicos emergentes. Posteriormente se analizó el contenido de la información incluida en estas categorías y se organizó en ejes temáticos.

#### 3.2. Traducción y adaptación del Cuestionario PHQ-9 a LSCh

El cuarto objetivo implicó el proceso de traducción y adaptación del Cues-

tionario PHQ-9, un instrumento para evaluar síntomas depresivos para el que se contaba con una versión chilena en español (Baader et al., 2012), a la Lengua de Señas Chilena. Este cuestionario consta de nueve preguntas que se responden según una escala de tipo Likert entre 0 a 3 de acuerdo con la frecuencia de síntomas. El puntaje máximo es de 27 puntos. Los puntajes de corte sugieren diferentes grados de severidad de los síntomas depresivos (>5 = leve; >10 = moderado; >15 = moderado a severo; >20 = severo).

Para la traducción y adaptación del instrumento se conformó un grupo de trabajo compuesto por un médico-psiquiatra, una psicóloga, una profesora diferencial experta en problemas de audición y lenguaje, y una ayudante de investigación que pertenece a la comunidad sorda, además de un total de ocho colaboradoras y colaboradores sordos. Estos participaron en distintos momentos del proceso: generando versiones en LSCh de los ítems del cuestionario, evaluando la pertinencia y precisión de las interpretaciones realizadas o realizando traducción inversa (de la LSCh al español). El método utilizado implicó una secuencia de pasos basados en la experiencia del equipo de investigadores que realizaron la traducción del test a la Lengua de Señas Británica (Rogers et al., 2012).

A continuación se presenta la secuencia de manera resumida:

- a. Adaptación de los ítems del instrumento en español, simplificando vocabulario y estructuras para hacerlas más comprensibles para su traducción a LSCh.
- b. Cinco personas sordas que provienen de familias con integrantes sordos y que usan la LSCh como lengua materna realizan una traducción propia del instrumento en versión español simplificado a LSCh (versión grabada en video).
- c. Una persona sorda, proveniente de familia sorda y miembro activo de esta comunidad, evalúa las cinco versiones usando una pauta para analizar cada una de ellas. Se realiza una comparación entre ellos y se jerarquiza del 1 al 5, explicando quién hizo una versión más clara y precisa de los diferentes ítems. Además, aportó algunas sugerencias para mejorar aquellas preguntas que en ninguna de las cinco versiones quedó lo suficientemente clara.
- d. Grabación en video de una nueva versión en LSCh, considerando las sugerencias de la evaluadora.
- e. Tres personas sordas fluentes en LSCh y español escrito, que no conocen la versión escrita original del instrumento, realizan una traducción inversa de todos los ítems desde LSCh al español escrito.
- f. Miembros del equipo de investigación cotejan la concordancia entre la versión original en español y las versiones de la traducción inversa, identificando posibles discordancias y sugiriendo mejoras.

- g. Grabación en video de la versión final del instrumento en LSCh realizada por la colaboradora sorda del equipo permanente, considerando e incluyendo las modificaciones necesarias y derivadas de la revisión de los resultados de las traducciones inversas.

## 4. Resultados

### 4.1. Levantamiento de necesidades e identificación de barreras

Los resultados de esta sección se organizan a partir de los ejes temáticos que emergieron del análisis de las entrevistas. Es importante tener en cuenta que cuando se hace referencia a los profesionales de la salud se está incluyendo en este grupo a los intérpretes entrevistados, pues aportan su experiencia de trabajo en contextos de atención en esta área.

#### a. Desconocimiento de la LSCh y la cultura sorda

Un tema destacado por todos los entrevistados es que hay muy pocos profesionales que puedan ofrecer atención psicológica apropiada para personas sordas. Ellos coinciden en que los profesionales de la salud mental que trabajen con estas personas debieran tener conocimiento tanto de la LSCh como de la cultura sorda. Una de las personas consultadas menciona que, de existir un centro pensado especialmente para atender a este tipo de pacientes, este debería contar con “profesionales competentes en lengua de señas y conocedores de la cultura sorda, también presencia de mediadores sordos, porque a veces hay personas sordas que no tienen lengua de señas de alto nivel, entonces van a necesitar [mediadores sordos]”. Además, se refiere a la importancia de que este centro “sea accesible, central, que sea fácil de llegar, si no se puede [tener una atención] presencial que tenga atención de calidad por internet”.

En todas las entrevistas los participantes mencionaron la falta de psicólogos y psiquiatras que manejen adecuadamente la LSCh, convirtiéndose en la principal barrera de acceso. Indican que en la actualidad hay un número muy reducido de psicólogos que tiene un buen nivel de manejo de la LSCh y una vinculación con la comunidad sorda, lo que impide brindar atención a dicha población a nivel nacional, dejando a muchos niños, jóvenes y adultos sin oportunidad de recibir terapia. Una de las profesoras sordas profundiza en este problema y menciona cómo la falta de profesionales de la salud mental afecta tanto la atención directa como las derivaciones: “En mi escuela yo he visto problemas de depresión y problemas emocionales en diferentes estudiantes en la escuela, yo trabajo en la escuela [nombre del establecimiento], ahí hay psicólogos, pero no hay dónde hacer una derivación y terapias. La psicóloga escribe un informe para hacer la derivación, pero no hay quien lleve un control, no hay psicólogos profesionales, entonces se corta el trabajo, los problemas emocionales no se solucionan nunca (...) el problema es que no hay comunicación”.

Adicionalmente se señala que no es solo necesario tener un buen manejo de la LSCh, sino que es importante comprender lo que significa ser una persona sorda, sus características personales y culturales, adaptándose a ellas y respetando su individualidad. Para los entrevistados, la comprensión de las particularidades culturales de la comunidad sorda es tanto o más importante que el manejo de la LSCh, pues esto permitiría una atención culturalmente pertinente. Uno de los psicólogos comenta: “Lo que ellos creen [los psicólogos], que la lengua de señas lo soluciona todo, y ya cuando tienen que dar el paso siguiente con el tema cultural es cuando se pierden un poco, ahí recula, porque se requiere de un nivel de compromiso mayor (...) requiere tiempo y una disposición a conocer una cultura distinta, a saber por qué ven el mundo de una determinada forma, es como esa cosmovisión, a compartir con el otro, a dejar de lado los estereotipos (...) conocer a alguien distinto y aceptar esa diversidad tal cual requiere tiempo, de lectura, de estar, de conocer”. Así, para los entrevistados, una atención que respete las características culturales de las personas sordas es aquella en la cual los profesionales no solo se pueden comunicar con estas personas en su primera lengua —la lengua de señas—, sino que también conoce los diferentes contextos en los que se desenvuelven, su experiencia de vida, principalmente de quienes provienen de una familia oyente, y la diversidad lingüística que presentan. Por lo tanto, para una adecuada atención las y los profesionales de la salud mental deben tener un conocimiento amplio de esta diversidad comunicativa y las habilidades necesarias para adecuarse a las características de cada persona y su contexto.

Otro aspecto importante relacionado con las diferencias culturales y lingüísticas es el uso de instrumentos pertinentes para aplicar en la población sorda. Los psicólogos mencionan que en la actualidad no tienen conocimiento de ninguno que sea adaptado especialmente a esta comunidad ni que se presente en LSCh, y plantean que cualquier instrumento que se use tiene que ser presentado en LSCh, además de utilizar elementos gráficos y permitir que las respuestas puedan entregarse de la misma manera.

#### **b. Necesidad de contar con intérpretes de LSCh y mediadores sordos**

Los entrevistados están de acuerdo en que al no haber especialistas fluentes en LSCh se requiere del apoyo de un intérprete; sin embargo, no existe una preparación formal y profesional de estos en el área de la salud.

También mencionan el problema de la confidencialidad cuando el psicólogo o psiquiatra atiende al paciente en presencia de un intérprete, además de la falta de una ley que respalde a los profesionales de la salud mental al momento de querer hacer una denuncia si es que algún intérprete incurre en prácticas no éticas. Una de las personas sordas propone “que exista un compromiso de privacidad y manejo ético, de confidencialidad principalmente, ese es el problema”. Y agrega: “lo que yo me he dado cuenta es que las personas sordas llegan con miedo, llegan muy temerosas de contar sus cosas, tienen

miedo del tema de la ética profesional, como que tienen duda si las personas van a ser realmente profesionales en su trabajo y no van a hablar, porque hay falta de confianza (...) falta de confianza en sí mismo y la falta de confianza en el entorno”.

Uno de los grupos de personas sordas entrevistadas indica que, además de la presencia de un intérprete, se debe contar con un mediador sordo que participe en las sesiones. El rol de este mediador es el de actuar como un interlocutor entre el mundo oyente y el mundo sordo, reformulando los mensajes entregados por el intérprete y adaptándolos a la forma más habitual de usar el lenguaje por parte del paciente. Una de las entrevistadas, quien se desempeña como mediadora sorda, recalca la importancia de tener un acceso real y completo a la información que se entrega en una atención relacionada con el área de la salud: “Nosotros pensamos que lo primero es el acceso, la persona sorda llega y presenta diferentes niveles de lengua de señas y habilidades lingüísticas. ¿Cómo entiende? Yo la veo y tiene una lengua de señas distinta, me ve y tengo una lengua de señas distinta, entonces ahí entra la persona sorda, (m-e-d-i-a-d-o-r-a)<sup>5</sup>, esa persona adapta la comunicación entre lo que dice una y la otra persona (el intérprete), viendo, adaptando el mensaje, haciendo que la comprensión sea más clara (...) nosotros aprendimos cómo abrir la accesibilidad, lograr una comunicación uno a uno entre personas sordas, eso es muy importante (...), eso es muy importante para responder bien, con profesionalismo, para que la persona sorda sienta que se comprende bien los problemas de salud que presenta”.

### **c. Principales problemáticas de la comunidad sorda**

Dentro de las principales dificultades presentes en la comunidad sorda se mencionan los problemas relacionados con la identidad de sordo entre los jóvenes y la movilidad entre el mundo sordo y oyente. Un profesor sordo menciona: "somos una comunidad pequeña [comunidad de sordos], yo creo que hay un problema de identidad, de comunicación, falta un desarrollo porque no hay comunicación, no es un problema de la persona sorda, es un problema de comunicación, eso genera un sinfín de problemas más”.

Varios de los entrevistados reclaman la necesidad de trabajar temas sobre violencia y abuso sexual, ya que indican que estos están muy presentes en la comunidad sorda, especialmente entre los adolescentes. Un profesor señala que "las personas sordas están acostumbradas a la violencia, aprendieron a ser violentos, había violencia en las escuelas y violencia en sus casas las personas sordas están acostumbrados, aprendieron a ser violentos y eso se lo enseñaron a las siguientes generaciones, a ser violentos y a criticar, eso es algo que yo he visto." Por lo tanto, este podría ser un punto importante para

---

5 La palabra es deletreada usando alfabeto manual.

abordar tanto en terapia individual como a través del trabajo en talleres en las escuelas o con las asociaciones.

También se menciona la depresión como el principal problema de salud mental presente entre la población sorda, enfatizando que, si bien muchas personas presentan este trastorno, no saben reconocerlo ni cómo tratarlo. En general, destacan el desconocimiento que existe en esta población con respecto a temas relacionados con salud mental, mencionando que hace falta educar a la comunidad en estos temas para que puedan aprender a reconocer síntomas y comprender su importancia. Al ser consultados por manifestaciones sintomatológicas de la depresión en la población sorda, los profesionales de la salud señalan que algunos indicios esperables en la población oyente también serían verificables en personas sordas, pero de una forma distinta (por ejemplo, alteraciones en la forma de signar, en las expresiones faciales y corporales). Aseguran también que el conocimiento de la experiencia y trayectoria típica de las personas sordas (por ejemplo, el aislamiento, escasa comunicación) también debería tomarse en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico de depresión.

Por otra parte, algunas de las psicólogas y psicólogos entrevistados comentan que han recibido a padres de niñas y niños sordos que buscan orientación y ayuda para poder guiar mejor su proceso de acercamiento a la comunidad sorda y acompañar de una mejor forma el desarrollo de sus hijos, pues consideran que no poseen las herramientas necesarias, además de sentirse lejanos a este grupo. En este sentido, una de las profesionales sordas menciona que es en la familia donde nacen principalmente los problemas emocionales, ya que sin una comunicación efectiva en la familia el niño o niña experimentará estrés y frustración, lo que podría derivar en problemas de salud mental. La misma entrevistada recalca que “todo parte de la base de la aceptación social de la persona sorda como un individuo que aporta a la diversidad, también que las políticas públicas, apenas nace un niño sordo tenga acceso a la comunidad sorda, o un adulto sordo cercano a la familia, como apoyo y modelo lingüístico y de vida también, como modelo lingüístico y cultural, para que los padres se den cuenta que las personas sordas sí pueden ser autónomas (...) yo creo que es importante validar a las personas sordas desde chiquititos, desde el hospital al nacer sordos, inmediatamente tener el apoyo de un adulto sordo cerca del niño y de la familia, tanto por el desarrollo de la lengua como también como forma de ver a un modelo adulto, para que se den cuenta de la autonomía que se puede lograr”.

#### **d. El papel del Estado**

Los entrevistados consideran que es responsabilidad del Estado hacerse cargo de la atención en salud mental a las personas sordas, de manera que esta sea accesible y que respete sus características culturales y lingüísticas. Cuando se habla de accesibilidad no solo se trata de contar con información en LSCh, sino que, además, al acceso al sistema público y las terapias, pues se

sabe el alto costo que estas tienen y que en el caso de las personas sordas se duplica: no solo deben pagar por la atención, sino que además deben costear al intérprete de LSCh. En general, en Chile el sistema de salud no cuenta con intérpretes que faciliten la comunicación, por lo tanto, son las familias las que se hacen cargo de estos costos, aunque muchas veces estas mismas son vulnerables económicamente. Una de las personas sordas propone implementar “un sistema de bono, el que puede pagar aporta al que no puede (...), ya que el costo es una de las principales barreras”.

En cuanto a los profesionales de la salud, todos ellos coinciden en que el Estado debe asegurar que aquellas personas que trabajen en estos servicios manejen la LSCh fluidamente. Lo anterior incluye al personal administrativo que trabaja en las diferentes unidades de salud, enfatizando que solo de esta forma la atención sería realmente accesible.

#### **4.2. Adaptación y traducción del Cuestionario PHQ-9**

Como resultado del proceso para adaptar y traducir el Cuestionario PHQ-9 se obtuvo una versión videograbada en LSCh que contiene las mismas nueve preguntas de la versión en español. En el video se observa a una persona sorda, usuaria de la LSCh como primera lengua, quien presenta las instrucciones para responder el cuestionario en esta misma y va presentando la versión final de la traducción de cada ítem<sup>6</sup>.

Además de la producción de una versión en LSCh del instrumento, se obtuvo como resultado un modelo de trabajo para adaptar y traducir instrumentos de evaluación psicológica y psiquiátrica a LSCh. Se pudo constatar que es posible realizar en el contexto chileno un procedimiento similar al utilizado previamente por autores como Rogers et al. (2012).

### **5. Presentación de la propuesta**

A partir del levantamiento de información, el equipo elaboró una propuesta que busca desarrollar iniciativas que contribuyan a disminuir las barreras que enfrentan las personas sordas para acceder a servicios de salud mental, incluyendo aquellas acciones orientadas a la prevención y promoción en esta área. Considerando la revisión bibliográfica realizada y la información recogida, tanto de personas de la comunidad sorda como de profesionales de la salud e intérpretes de LSCh con experiencia en el trabajo con esta población, la propuesta busca atender a las necesidades más prioritarias respecto de la salud mental:

- Ausencia de atención lingüística y culturalmente pertinente.
- Falta de profesionales de este ámbito capacitados para el trabajo con personas sordas.

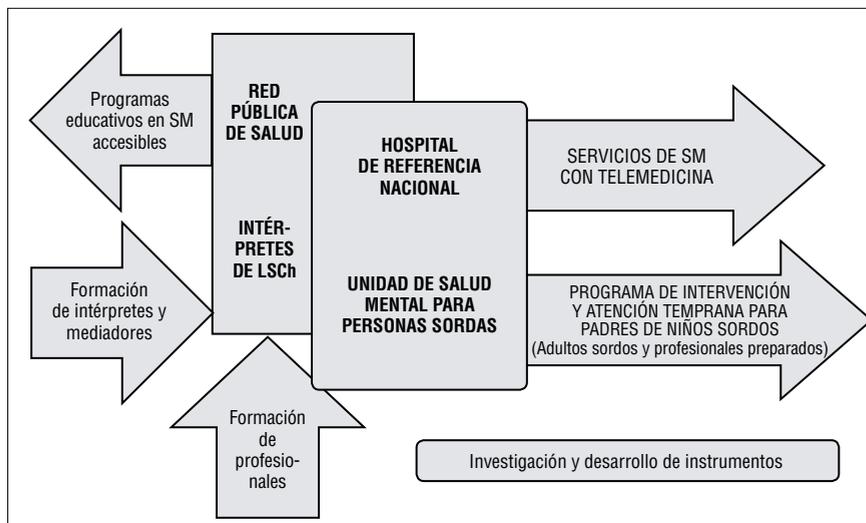
<sup>6</sup> Al momento de la publicación de este libro, el video se encontraba en una versión de borrador, estando pendiente su producción final con mejor calidad para difundirlo entre los profesionales que trabajan con personas sordas.

- Falta de intérpretes de LSCh preparados para trabajar en el área.
- Falta de personas sordas capacitadas para ser mediadoras en la atención.
- Desconocimiento en la comunidad sorda respecto de estos temas.
- Necesidad de intervenciones tempranas y a nivel escolar que promuevan la salud mental.
- Falta de estudios de prevalencia de problemas de este tipo en las personas sordas.

En su versión final<sup>7</sup>, la propuesta tiene cuatro componentes articulados entre sí. El elemento central es la creación de una Unidad de Salud Mental para Personas Sordas (en adelante USAMS), alojada dentro de un hospital de referencia nacional. Este componente es prioritario, ya que es la forma más efectiva de empezar a dar respuesta a la problemática en el corto plazo. El fortalecimiento de esta unidad depende de la implementación de actividades de capacitación dirigidas a profesionales en formación y en servicio, lo que constituye el segundo componente de la propuesta. A su vez, la existencia de esta unidad promoverá mejores instancias de formación en el área.

En la Figura 1 se presenta un esquema de la propuesta general, que permite ver más claramente cómo se vinculan las propuestas específicas entre sí<sup>8</sup>.

FIGURA 1. Esquema general de la propuesta



Fuente: elaboración propia.

7 Luego de haber desarrollado una versión preliminar de la propuesta se invitó a cinco personas sordas reconocidas por su trayectoria en esta comunidad para que la evaluaran, expresaran su opinión y dieran sugerencias que nos permitieran realizar ajustes para que la propuesta fuera lo más pertinente posible desde su perspectiva.

8 En el Anexo 1 se incluye el detalle del presupuesto estimado para cada una de las propuestas.

## 5.1. Atención de salud mental y tratamiento para personas sordas

- a. **Creación de una Unidad de Salud Mental para Personas Sordas (USAMS)**, que funcione dentro de un hospital de referencia nacional. Esta unidad estaría conformada por, al menos, un(a) médico-psiquiatra, dos psicólogos(as), cuatro intérpretes de lengua de señas chilena, dos mediadores(as) sordos(as), un(a) enfermero(a), un(a) trabajador(a) social, además de un(a) técnico en computación, compartido(a) con otros servicios del hospital, y un(a) asistente de administración. Esta unidad otorgaría atención presencial y a distancia, a través de un sistema de videoconferencia para personas sordas de todo el país.

Este equipo de profesionales formará una unidad altamente especializada y funcionará como un centro de referencia a nivel nacional para la atención de salud mental para personas sordas. Dependerá administrativamente del servicio de psiquiatría de un hospital general de la Región Metropolitana, pero tendrá independencia desde el punto de vista técnico dada la naturaleza de su tarea.

Para asegurar oportunidades de acceso, se propone que en cada región haya lugares (por ejemplo, Cefsam o COSAM) donde se disponga de un espacio de uso preferencial para personas sordas que requieran atención remota en salud mental. Lo anterior implica habilitar un box privado que cuente con un computador con buen acceso a internet, cámara y micrófono, para que puedan atenderse en ese lugar si no tienen las condiciones necesarias en su hogar.

Si bien podría pensarse que la mejor solución sería contar con profesionales capacitados para atender a esta población en todos los servicios del país, esta propuesta sería inviable por varias razones. En primer lugar, porque las personas sordas requieren –y los expertos lo confirman– una atención realizada en su lengua que sea culturalmente pertinente (Glickman, 2003). Capacitar profesionales para que puedan realizar esto tomaría muchos años y probablemente solo unos pocos alcanzarían el nivel requerido. La LSCh, como cualquier otra lengua de señas es –aunque suene redundante– una lengua como cualquier otra, de manera que no es posible aprenderla a través de un taller o una capacitación de algunos meses. Por otra parte, las personas sordas están distribuidas a lo largo de todo el territorio nacional, por lo que en todos los servicios del país se debe contar con profesionales capacitados.

Por estas mismas razones, otros países han optado por concentrar esfuerzos en generar un centro de atención especializado que cuente con los recursos y el conocimiento necesario para poder brindar atención de calidad a las personas sordas de manera presencial u online. Estas experiencias han sido exitosas en países como España (García-García et al., 2011), Estados Unidos (Glickman, 2003) e Inglaterra (Wright et al., 2012). La prioridad otorgada a este componente de la propuesta se basa en los plan-

teamientos de Glickman (2003) respecto de que las personas deben contar con una opción de atención en salud mental accesible y especializada, pues de lo contrario se pueden repetir formas de opresión que tanto daño ya le han hecho a la comunidad sorda.

- b. **Contratación de intérpretes de LSCh capacitados en el área de la salud y salud mental que trabajen en la red pública de salud.** El objetivo es contar, a lo largo del país y en los hospitales de mayor tamaño u otros servicios de la red dependiendo del sector, con al menos un(a) intérprete de LSCh disponible. Se propone comenzar con 30 intérpretes en las ciudades más pobladas, con el objetivo de tener presencia en todas las regiones. Estos intérpretes estarían disponibles para mediar en la atención de cualquier persona sorda que llegue a atenderse allí, no solo por temas de salud mental, sino que para cualquier tipo de atención médica.
- c. **Difusión.** Se deben realizar acciones para dar a conocer la existencia de la USAMS y los servicios que provee, de manera que se pueda derivar oportunamente desde otros servicios en los que estas personas consulten. Una vez que se cuente con la USAMS será posible visibilizar este tema que, como se vio en la revisión de la literatura y en los comentarios de los entrevistados, es bastante desconocido por los profesionales de la salud. Una propuesta que ayudaría a visibilizar este tema sería la implementación de una página web en la cual se comparta información de la USAMS, se centralice información para prevención y promoción en el ámbito de la salud mental y se incluyan videos psicoeducativos en LSCh. A través de esta página se podría también solicitar atención, ya sea presencial o a distancia.

Hacerlo permitirá generar conciencia de que las personas sordas constituyen una minoría cultural y lingüística cuyos derechos deben ser respetados.

## 5.2. Formación y capacitación de profesionales en el área de salud y salud mental

- a. **Formación de profesionales de salud mental y salud en general en LSCh, cultura sorda y situación actual de la comunidad sorda chilena, con énfasis en las barreras que enfrentan en distintos ámbitos.** Algunas temáticas para incluir en estas capacitaciones son: visión socioantropológica de la comunidad sorda, la cultura sorda y su relevancia, problemas psicosociales que enfrentan como minoría cultural y lingüística, y manejo básico de vocabulario y expresiones en LSCh. En todas las instancias de capacitación que se desarrollen debiera haber duplas de trabajo conformadas por una persona sorda con experiencia en enseñanza de su lengua y una persona oyente con conocimientos de salud mental y fluidez en LSCh. Se proponen los siguientes cursos y aprendizajes:

- Cursos optativos transversales en la universidad dirigidos a estudiantes de pregrado de las carreras de Psicología, Medicina, Trabajo Social, Enfermería, y a los y las estudiantes de postgrado de la especialidad de Psiquiatría. Se realizarían a través de las universidades, las cuales presentarían propuestas para poder ofrecer estos cursos optativos de LSCh a los y las estudiantes de las carreras mencionadas, postulando a un fondo concursable con financiamiento compartido entre Senadis y Mineduc. Este programa beneficiaría anualmente a tres universidades y se desarrollaría por un mínimo de tres años. Cada institución de educación superior podrá presentarse solo una vez.
  - Capacitaciones de formación continua abiertas a profesionales del área de salud mental. Se propone realizar un diplomado cerrado contratado desde el Minsal, por una sola vez, a través de una licitación. El diplomado duraría diez meses y sería impartido desde una universidad en formato online, con el objetivo de capacitar a 50 profesionales (psicólogos, médicos psiquiatras, trabajadores sociales) en temáticas vinculadas a la cultura de la comunidad sorda, aspectos éticos del trabajo con estas y conocimientos básicos de LSCh.
- b. **Formación de intérpretes especializados en el área de salud mental con énfasis en aspectos éticos de la interpretación en este ámbito, vocabulario específico del área y aspectos culturales y psicosociales asociados a la comunidad sorda.** Se propone desarrollar un curso de 30 horas, ofrecido en modalidad remota por una universidad en alianza con una agrupación de sordos; los docentes serán equipos conformados por un académico con conocimientos de salud mental, un intérprete con experiencia en el ámbito de la salud y un miembro de la comunidad sorda. Inicialmente, el curso sería financiado por Senadis (solo durante un año a través de una licitación) y se ofrecería en dos oportunidades en el mismo año. Cada versión del curso tendría un cupo máximo de 40 personas. Además, previo a su aceptación en el curso, los participantes deberán ser evaluados en su manejo de la LSCh por una comisión compuesta de tres personas sordas y una persona oyente con muy buen manejo de LSCh.
- c. **Formación de mediadores sordos, a través de un curso de 50 horas a cargo de personas sordas vinculadas a una asociación, organización o institución de educación superior.** El curso preparará a los participantes para apoyar la comunicación entre las personas sordas y el profesional de la salud mental en las situaciones en que el nivel de manejo de la LSCh no permita una óptima comunicación a través del intérprete. Los contenidos a trabajar en el curso debieran incluir el desarrollo de habilidades comunicativas, conceptos relacionados con salud mental, trabajo colaborativo con profesionales de la salud e intérpretes de LSCh y aspectos éticos de la interpretación en salud mental. El curso sería impartido por un equipo conformado por una persona oyente con conocimientos de salud mental y manejo de la LSCh, un

intérprete de LSCh y una persona sorda con experiencia en algún contexto clínico o educativo. El curso podría ser financiado por Senadis mediante una licitación. Previa a su aceptación en el curso, los y las participantes deberán ser evaluados sobre la base de ciertos requisitos estipulados previamente por los equipos concursantes a la licitación. El objetivo sería capacitar en modalidad online a 40 mediadores de diferentes regiones del país.

### 5.3. Prevención y promoción en salud mental

- a. **Programa de intervención y atención temprana que pueda orientar y apoyar a padres de niños sordos.** Se propone que una vez que se detecte una pérdida auditiva en un niño o niña en el sistema de salud, él o ella sean derivados a la Unidad de Salud Mental para Personas Sordas y que allí se realice un acompañamiento a las familias a través de un apoyo brindado por un adulto sordo, un(a) psicólogo(a) y un(a) educador(a) diferencial, de manera de entregar asesoría y acompañamiento necesario desde una mirada sistémica. Asimismo, se espera que tanto profesionales de la salud infantil como otorrinolaringólogos, el programa Chile Crece Contigo y los jardines infantiles también realicen derivaciones de las familias a este programa. El objetivo de este acompañamiento sería brindar un apoyo emocional y lingüístico a padres de menores sordos desde recién nacidos hasta los cinco años. Se considera sumamente importante contar con la presencia de un adulto sordo que trabaje como modelo de comunicación, interacción y socialización para los padres y familiares de estos para que se expongan a la LSCh lo antes posible y así puedan desarrollar el lenguaje en etapas similares a los niños oyentes. Además, los adultos sordos podrían cumplir el rol de vincular a las familias con las asociaciones de sordos (Kyle, 2001).

Para la implementación de esto se requeriría del apoyo del equipo de la USAMS y de dos profesores de educación diferencial que sean fluentes en LSCh para crear el programa y definir el perfil de los adultos sordos que trabajarán en este. Una vez desarrollado, el programa estaría a cargo de una de las personas sordas del equipo y los dos profesores diferenciales. También se requerirá de la contratación de cinco personas sordas para que cumplan el rol de acompañamiento a las familias. Estos adultos sordos deberán pasar por un proceso de selección y cumplir con el perfil solicitado acorde al cargo. Se sugiere que este programa tenga un financiamiento compartido entre el Minsal y Senadis.

- b. **Orientación y acompañamiento de profesionales de la salud mental a las familias con hijos sordos, incluyendo a familias sordas con hijos oyentes.** Las familias oyentes con hijos sordos o familias de padres sordos con hijos oyentes requieren de un acompañamiento, en primer lugar, con profesionales que tengan un manejo fluido en LSCh y que puedan orientarlos en su proceso, reconociendo en cada uno de ellos la riqueza de la diversidad de sus integrantes y que, además, tengan un conocimiento del contexto cultural de las comunidades sordas. Por lo mismo, se plantea que

desde la USAMS se entregue este tipo de apoyo por parte de los profesionales de la salud mental. Idealmente, se espera que las familias cuenten al menos con una atención semestral, en la cual se irán acompañando sus propios procesos como familia, además de realizar una evaluación del desarrollo del/de la niño/a para hacer derivaciones a las unidades de salud correspondientes de ser necesario. Las derivaciones a la USAMS serían realizadas por profesionales de la red de salud, del programa Chile Crece Contigo, además de otorrinolaringólogos y colegios, entre otros.

- c. **Adaptación o desarrollo de programas psicoeducativos y de cuidado de la salud mental que se realicen en espacios educativos tales como escuelas y liceos donde estudian niños y jóvenes sordos.** De acuerdo con la información entregada tanto por profesionales de la salud mental como por personas sordas pertenecientes a diversas instituciones, esta comunidad en general tiene escaso conocimiento en temas relacionados con la salud mental, por lo que se requiere de la implementación de programas psicoeducativos que apunten a generar conciencia en este ámbito. Espacios importantes donde se pueden implementar estos programas son las escuelas y liceos donde estudian niños y jóvenes sordos. Para poder hacer accesibles los programas educativos desarrollados por el Minsal, esta entidad se debería contactar con la USAMS, donde uno de los intérpretes estará a cargo de la realización de videos en LSCh para adecuarlos a estudiantes sordos. Asimismo, y teniendo como objetivo hacer accesible la información, las y los educadores diferenciales que trabajarían en la USAMS estarían a cargo de la creación de trípticos informativos relacionados con estos programas y con información de salud mental en general.

#### **5.4. Desarrollo de una línea de investigación en el área de salud mental para personas sordas**

Paralelamente a la implementación progresiva de las medidas descritas, es relevante continuar realizando investigación en el área de salud mental para personas sordas. Como propuesta se plantea la creación de fondos concursables, desde la ANID o el Minsal, con un foco en temáticas vinculadas al desarrollo de instrumentos de medición en salud mental en poblaciones minoritarias y a la realización de estudios de prevalencia de trastornos específicos o generales en el área de la salud mental de las personas sordas. Algunos posibles proyectos a desarrollar:

- a. **Realizar estudios epidemiológicos para caracterizar a la población sorda chilena en cuanto a salud mental.** Algunos estudios más urgentes a realizar serían:
- Evaluación de la prevalencia de depresión y ansiedad en la población sorda.
  - Evaluación de la prevalencia de intentos de suicidios y suicidios consumados.
  - Evaluación de la prevalencia del consumo de sustancias.

- b. **Crear, adaptar, traducir a LSCh y validar instrumentos de evaluación en salud mental.** Se sugiere la traducción y adaptación de instrumentos que incluyan videos en que los ítems sean presentados en LSCh. La adaptación y traducción del instrumento de medición de síntomas depresivos PHQ-9 a LSCh para uso en población chilena desarrollada en este proyecto es un primer paso en esta línea.

Sería importante, considerando la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general y lo reportado internacionalmente para la población sorda, continuar con el GAD-7 (Spitzer et al., 2006), que es un cuestionario de siete preguntas que evalúa síntomas de ansiedad generalizada. Este cuestionario incluye preguntas en un formato muy similar al Cuestionario PHQ-9. Otro instrumento que resultaría beneficioso adaptar y traducir es el cuestionario de síntomas psicológicos CORE-OM (Evans et al., 2002), también de uso liberado de pago y validado en múltiples idiomas, incluida la Lengua de Señas Británica (BSL), lo que respalda la viabilidad de la traducción y adaptación de este instrumento a LSCh. En un siguiente nivel se podría continuar con otros instrumentos considerados relevantes a partir de los estudios realizados.

## 6. Conclusiones

Las personas sordas constituyen un grupo que se ha visto significativamente marginado de muchas políticas públicas, incluyendo aquellas vinculadas a la salud mental y a la salud en general. La situación particular de la comunidad sorda chilena es, desde diferentes aristas, más grave que la reportada en otros países que ya han recorrido mucho camino en la búsqueda de mejores condiciones para la atención en salud mental de este grupo, respetando sus características lingüísticas y culturales. Por una parte, un gran problema es la falta de preparación de los intérpretes de LSCh al no haber instancias de formación especializada. Otro elemento que ha obstaculizado el avance en esta área es el tardío reconocimiento de la LSCh como una lengua propiamente tal, un importante hito que en los países más desarrollados tuvo lugar hace ya muchos años y que es un asunto que ya no se cuestiona. En los países que ya cuentan con un reconocimiento oficial a sus lenguas de señas se cuenta con un marco desde el cual se pueden plantear exigencias al Estado para asegurar que las personas puedan ser atendidas en su lengua, entre otros derechos.

Como hemos visto, la gravedad de la situación se hace aún más evidente si se tiene en cuenta que las personas sordas presentan mayor incidencia de problemas de salud mental que la población general y que a la base de este hecho están las condiciones de exclusión que experimentan a lo largo de su vida. Son muchos los ámbitos de la política pública en los que se debe avanzar para ir disminuyendo las barreras que les impiden una plena participa-

ción social. Una de ellas es la falta de oportunidades de acceder tempranamente a la lengua de señas, lo cual se asocia también a la falta de reconocimiento oficial de la Lengua de Señas Chilena en tanto lengua, pues esto ha sido recientemente aprobado. Las políticas educativas también se constituyen muchas veces como barreras cuando desconocen la situación particular de los estudiantes sordos y dificultan sus posibilidades de acceso al proceso de aprendizaje en su lengua. Es de esperar que el reconocimiento de la LSCh abra oportunidades en esta línea y constituya también un argumento sólido a partir del cual se promuevan los cambios necesarios para una atención justa y digna en el sistema de salud, y especialmente en la salud mental.

Es fundamental instalar tan pronto como sea posible una unidad especializada en la atención en salud mental para personas sordas, donde se pueda trabajar con un enfoque culturalmente pertinente y que pueda constituirse en un centro de desarrollo de conocimiento en el área desde el cual apoyar el desarrollo de programas específicos, además de proporcionar atención a distancia a personas fuera del área metropolitana. Entre los programas que se podrían impulsar desde esta unidad especializada están aquellos que buscan promover mejores condiciones de desarrollo para niños y niñas sordos a través del acompañamiento a sus cuidadores.

También se debe promover la capacitación de profesionales de la salud, intérpretes de LSCh y mediadores sordos. En paralelo, se debe seguir avanzando en la investigación, desarrollando estudios que permitan conocer con mayor profundidad la realidad de la comunidad sorda en términos de salud mental, sus experiencias y sus necesidades de información sobre estas áreas. Es necesario financiar proyectos de investigación que permitan desarrollar instrumentos de evaluación y realizar estudios de prevalencia en algunos de los aspectos propuestos.

Para comenzar, sería relevante realizar un estudio de prevalencia de síntomas depresivos luego de haber efectuado la aplicación piloto del instrumento PHQ-9, traducido y adaptado en el contexto de este proyecto de política pública. Cabe destacar que el procedimiento utilizado en dicha traducción y adaptación probó ser adecuado para generar herramientas que respeten las características culturales y lingüísticas de la comunidad sorda. El registro de este proceso, incluyendo los obstáculos surgidos en el camino y la forma en que fueron abordados, será un material útil para posteriores desarrollos de traducciones y adaptaciones de otros instrumentos a la LSCh para evaluar salud mental en personas sordas.

Finalmente, es importante enfatizar que este proyecto buscó en todo momento la participación de la comunidad sorda en el desarrollo de sus actividades. Además de contar con integrantes sordas en el equipo, se realizaron entrevistas a miembros de esta comunidad y en la última etapa se presentó la

propuesta a un grupo de personas sordas para recibir retroalimentación. Este último paso fue muy importante, pues si bien los participantes estuvieron de acuerdo en los diversos componentes de la propuesta, sus sugerencias permitieron precisar varios puntos y enfatizar en la forma en que la comunidad sorda debe hacerse parte de las acciones futuras. Un tema importante que se planteó es el desarrollo de perfiles y protocolos que permitieran un mejor funcionamiento de las intervenciones propuestas. Por ejemplo, el desarrollo del perfil del mediador sordo o del intérprete, y el protocolo para la atención a distancia. En el diseño de aquello es clave que se incluya a personas sordas para otorgarle validez cultural a este componente, así como a todos los elementos incluidos en la propuesta, de lo contrario no podríamos aspirar a que iniciativas como esta contribuyan efectivamente a superar obstáculos y eliminar la exclusión.

## Referencias

- Anderson, M. L., Glickman, N. S., Mistler, L. A., y González, M.** (2016). Working therapeutically with deaf people recovering from trauma and addiction. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39 (1), pp. 27–32.
- Baader, T., Molina, J. L., Venezian, S., Rojas, C., Farias, R. et al.** (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 50(1), pp. 10-22.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J.** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, pp. 561-571.
- Black, P. A. y Glickman, N. S.** (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American deaf and hard-of-hearing inpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), pp. 303-321.
- Boness, C.** (2016). Treatment of deaf clients: Ethical considerations for professionals in psychology. *Ethics & Behavior*, 26(7), pp. 562–585.
- Brenman, N. F., Hiddinga, A., y Wright, B.** (2017). Intersecting cultures in deaf mental health: An ethnographic study of NHS professionals diagnosing autism in D/deaf children. *Cult Med Psychiatry*, 41, pp. 431–452.
- Brown, P. M. y Cornes, A.** (2015). Mental health of deaf and hard-of-hearing adolescents: What the students say. *Deaf Studies and Deaf Education*, 20(1), pp. 75–81.
- Cabral, L., Muhr, K., y Savageau, J.** (2013). Perspectives of people who are deaf and hard of hearing on mental health, recovery, and peer support. *Community Ment Health J*, 49, pp. 649–657.
- Campos, V. y Cartes-Velásquez, R.** (2019). Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. *Rev Med Chile*, 147, pp. 634-642.

- Casas Idárraga, D. A.** (2009). Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de literatura. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, No. 28, pp. 2-15.
- Chatzidamianos, G., Fletcher, I. Wedlock, L., y Lever R.** (2019). Clinical communication and the 'triangle of care' in mental health and deafness: Sign language interpreters' perspectives. *Patient Education and Counseling*, 102, pp. 2010–2015.
- Chaveiro, N., Reis Duarte, S. B., Ribeiro de Freitas, A., Barbosa, M. A., Porto, C. C., y de Almeida Fleck, M. P.** (2013). Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda. *Rev Saúde Pública*, 47(3), pp. 616-23.
- Connolly, C. M., Rose, J. y Austen, S.** (2006). Identifying and assessing depression in prelingually deaf people: A literature review. *American Annals of the Deaf*, 151(1), pp. 49-60.
- Organización de Naciones Unidas.** (2008). Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad. Madrid: Naciones Unidas.
- Crowe, T.** (2017). Is Telemental Health Services a viable alternative to traditional psychotherapy for deaf individuals? *Community Mental Health*, 53, pp. 154–162.
- de Bruin, E. y Brugmans, P.** (2006). The psychotherapist and the sign language interpreter. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), pp. 360-368.
- Diaz D. R., Landsberger, S. A., Powlinski, J., Sheward, J., y Sculley, C.** (2013). Psychiatric disorder prevalence among deaf and hard-of-hearing outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 54, pp. 991–995.
- du Feu, M. y Chovaz, C.** (2014). Mental health and deafness. New York: Oxford University Press.
- Estrada, B.** (2012). Beck Depression Inventory-II in Mexican Sign Language. Reliability and factorial data. *International Journal on Mental Health and Deafness*, 12, pp. 4-12.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F. et al.** (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, pp. 51-60.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G., Goldberg, D.** (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, pp. 737–742.
- Fellinger, J., Holzinger, D., y Pollard, R.** (2012). Mental health of deaf people. *Lancet*, 379, pp. 1037–1044.
- García-García, A., Zaragoza, L., De Castro, M., Ferre, F. y Muñoz, J.** (2011). Salud mental y personas sordas. *Revista Autonomía Personal*, 5, pp. 44-47.
- Glickman, N.** (2003). Culturally affirmative mental health treatment for deaf people: What it looks like and why it is essential. En N. S. Glickman y S. Gulati (Eds.), *Mental health care of deaf people: A culturally affirmative approach*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, pp. 1–32.

- González, M., Calderón, J., Jeria, A., Repetto, P., Valdivia, G. y Vivanco, A.** (2014). Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: Marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo. En *Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas UC 2014*, pp. 89-118.
- González, M. y Pérez, A.** (2017). La Lengua de Señas Chilena: un recorrido por su proceso de desarrollo desde una perspectiva multidimensional. *Revista Espaço, INES*, N° 45, pp. 145-166.
- Guthmann, D., Titus, J., Embree, J., y Wilson, J.** (2017). Translation and validation of an online suite of assessments in American Sign Language. *JADARA*, 51(1), pp. 12-20.
- Gutman, V.** (2005). Ethical reasoning and mental health services with deaf clients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(2), pp. 171-183.
- INE.** (2012). *Censo de Población y Vivienda 2012*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.
- INE.** (2015). *II Estudio Nacional de Discapacidad*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B.** (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), pp. 606-613.
- Kyle, J.** (2001). Deaf children learning to sign. *Rev. Online Da Bibl. Prof. Joel Martins*, 2(3), pp. 27-37.
- Ladd P.** (2003). *Understanding Deaf Culture. In search of Deafhood*. Clevedon, UK: Multilingual Matters.
- Landsberger, S., Diaz, D., Spring, N., Sheward, J., Sculley, C.** (2014). Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 45, pp. 42-51.
- Lane, H.** (2005). Ethnicity, ethics, and the deaf-world. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(3), pp. 291-310.
- Lissi, M. R., Sebastián, C., Vergara, M. y Iturriaga, C.** (2019). When inclusion jeopardizes the learning opportunities of deaf students: The case of Chile. En H. Knoors, M. Brons and M. Marschark (Eds.), *Deaf education beyond the western world: Context, challenges, and prospects*. Oxford University Press, pp. 323-341.
- Meador, H. E. y Zazove, P.** (2005). Health care interactions with Deaf Culture. *JABFP*, 18(3), pp. 218-222.
- Ministerio de Planificación Social** (2010). Ley 20.422, que Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.
- Ministerio de Relaciones Exteriores** (2008). DECRETO 201, que Promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
- Ministerio de Salud** (2012). Ley 20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

- Ministerio de Salud** (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*.
- Olazabal Eizaguirre, N., Pousa Rodriguez, V., Sesma Pardo, E., Fernández-Rivasa, M. A., y González-Torres, M. A.** (2014). Experiencias en salud mental y sordera: una perspectiva desde la puesta en marcha de una unidad. *Norte de salud mental, XII*, pp. 73-78.
- Pertz, L., Plegue, M., Diehl, K., Zazove, P., y McKee, M.** (2018). Addressing mental health needs for deaf patients through an integrated health care model. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 23*(3), pp. 240–248.
- Rogers, K., Young, A., Lovell, K., Campbell, M., Scott, P., y Kendal, S.** (2012). The British Sign Language versions of the Patient Health Questionnaire, the Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale, and the Work and Social Adjustment Scale. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 18*(1), pp. 110-22.
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., y Lowe, B.** (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med, 166*, pp. 1092-1097.
- Vernon, M. y Leigh, I.** (2007). Mental health services for people who are deaf. *American Annals of the Deaf, 152*(4), pp. 374- 381.
- Vernon, M. y Miller, K.** (2001). Interpreting in mental health services: Issues and concerns. *American Annals of the Deaf, 146*(5), pp. 429 – 434.
- Wilson, J. y Schild, S.** (2014). Provision of mental health care services to deaf individuals using telehealth. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(5), pp. 324–331.
- Wright, G. y Reese, R. J.** (2015). Strengthening cultural sensitivity in mental health counseling for deaf clients. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 43*, pp. 275-285.
- Wright, B., Walker, R., Holwell, R., Gentili, N., Barker, M., Rhys-Jones, et al.** (2012). A new dedicated mental health service for deaf children and adolescents. *Advances in Mental Health, 11*(1), pp. 95–105.

## Anexo: Estimación presupuestaria de las medidas propuestas

### Costos estimados Unidad de salud mental para personas sordas

Bienes de capital			
Ítem	Número	Valor unitario CLP\$	Total CLP\$ (costo de instalación único)
Computador	8	350.000	2.800.000
Pantalla	8	80.000	640.000
			<b>3.440.000</b>

Nota: fuente de financiamiento: Minsal.

Recursos humanos				
Profesional	Número	Horas contrato	Sueldo estimado por profesional CLP\$	Total CLP\$ (costo mensual)
Médico psiquiatra	1	22	1.200.000	1.200.000
Psicólogo(a)	2	44	1.200.000	2.400.000
Enfermera	1	22	600.000	600.000
Técnico en computación*	1	11	100.000	100.000
Intérprete LSCh	4	44	600.000	2.400.000
Asistente de administración	1	44	600.000	600.000
Trabajador(a) social	1	44	800.000	800.000
Mediador(a) sordo(a)	2	44	450.000	900.000
Total equipo profesional	13			<b>9.000.000</b>

\*Cargo compartido con otras unidades del hospital.

Nota: fuente de financiamiento: Minsal.

### Costo estimado intérpretes para la red de salud

Profesional	Número	Horas contrato	Sueldo estimado por profesional CLP\$	Total CLP\$ (costo mensual)
Intérpretes LSCh en distintos puntos del país	30	44	600.000	<b>18.000.000</b>

Nota: fuente de financiamiento: Minsal y Senadis.

### Formación y capacitación de profesionales en el área de salud y salud mental

Componentes	Gasto anual CLP\$	Fuente de financiamiento	Duración del gasto
Cursos para estudiantes de educación superior	15.000.000	Mineduc + Senadis	Al menos tres años
Diplomado para profesionales	75.000.000	Minsal	Un año
Capacitación a intérpretes	24.000.000	Senadis	Un año
Formación de mediadores sordos	8.000.000	Senadis	Un año

### Prevención y promoción de salud en y particularmente salud mental

Recursos humanos				
Profesional	Número	Horas contrato	Sueldo estimado por profesional CLP\$	Total CLP\$ (costo mensual)
Profesor(a) diferencial	2	44	600.000	1.200.000
Adultos(as) sordos(as)	5	44	450.000	2.250.000
Total mensual	7			<b>3.450.000</b>

Nota: fuente de financiamiento: Minsal.

#### CÓMO CITAR ESTE CAPÍTULO:

**Lissi, M. R., Bacigalupo, F., González, M., Escobar, V., Vergara, M., Varas, E. y Bonilla, Y.** (2021). La exclusión de la comunidad sorda del sistema de atención en salud mental. Hacia un modelo que respete sus características culturales y lingüísticas. En: Centro de Políticas Públicas UC (ed.), *Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2020*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, pp. 17-47.

