



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**Primera infancia y niñas sordas: construcción simbólica y objetiva de referentes técnico-profesionales e institucionales sobre la Lengua de Señas**

Autora: Lic. María Victoria Da Silva Sanguinetti

Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas  
Facultad de Psicología - Facultad de Ciencias Sociales  
Facultad de Medicina - Facultad de Derecho  
Universidad de la República  
Montevideo  
2025



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

## **Primera infancia y niñeces sordas: construcción simbólica y objetiva de referentes técnico-profesionales e institucionales sobre la Lengua de Seña**

Lic. María Victoria Da Silva Sanguinetti

Tesis presentada al *Programa de Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas*, llevado adelante de forma interinstitucional por las Facultades de Psicología (sede y coordinación académica), Derecho, Medicina y Ciencias Sociales de la Universidad de la República, como requisito para la obtención del título de Magíster en Derechos de Infancia y Políticas Públicas.

Directora de Tesis: Profa. Adj.  
Dra. Jenny Cecilia Silva Cabrera

Co-directora: Profa. Agda. Dra.  
Ana Lucía de Pena Savio

Montevideo – Uruguay  
Setiembre de 2025

Da Silva Sanguinetti, María Victoria

Primera infancia y niñeces sordas: construcción simbólica y objetiva de referentes técnico-profesionales e institucionales sobre la Lengua de Señas / María Victoria Da Silva Sanguinetti. - Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Psicología, Facultad de Derecho, 2017.

CXII, p. 112.

Directores: Jenny Cecilia Silva Cabrera

Codirectores: Ana Lucía de Pena Savio

Director académico: Prof. Psic. Víctor Giorgi

Tesis de Maestría – Universidad de la República,

Programa Programa de Maestría en Derechos de Infancia y

Políticas Públicas, coordinado por la Facultad de Psicología en

articulación con las Facultades de Derecho, Medicina y Ciencias

Sociales de la Universidad de la República, 2025.

Referencias bibliográficas: p. 97 – 106.

1. niñez sorda, 2. privación lingüística, 3. Lengua de Señas, 4. discapacidad, 5. derechos lingüísticos.

I. Silva Cabrera, Jenny Cecilia, et.al.. II. Universidad

de la República, Programa de Maestría en Derechos de Infancia

y Políticas Públicas III. Primera infancia y niñeces sordas:

construcción simbólica y objetiva de referentes

técnico-profesionales e institucionales sobre la Lengua de Señas

/ María Victoria Da Silva Sanguinetti.

*A las niñas sordas que cada día llegan al mundo, y a sus familias oyentes, sabiendo los desafíos que enfrentan en sus primeros tiempos de vida, con la esperanza de que puedan transitar un camino más justo y equitativo.*

## **Agradecimientos**

A mis padres, por darme el regalo de la vida, y en especial a mi madre, por su sostén profundo y multidimensional desde mis primeros pasos vocacionales.

A mis abuelas y abuelos, por abrir camino y susurrarme siempre, desde donde estén, palabras de aliento.

A mi pareja Lucía, por su infinita paciencia, su confianza nutricia en mí y su amor incondicional.

A mis amigas y amigos, la familia del camino, por mirarme siempre con ojos de admiración y por su espera activa.

A Cecilia Silva y Lucía de Pena, tutora y cotutora, por su acompañamiento amoroso, por inspirarme confianza en tiempos de aprendizajes desafiantes y caóticos, y por ser faro e incentivo para superarme.

A mis amigas psicomotricistas y maestrandas, Lucía Alonso, María Laura Melgarejo y Ligia Buschiazzo, imposible imaginar este largo y desafiante recorrido sin su presencia sorora.

A Florencia Silva, por ser mi zona de desarrollo próximo, donde reafirmarme y seguir pisando fuerte juntas en este camino compartido de vocación y entrega hacia las niñeces sordas y sus familias.

A Sofía Angulo, por haberme acompañado en parte del trayecto, con su profesionalidad y vocación inspiradora.

A las personas sordas y a sus familias, con quienes tuve el privilegio de vincularme en distintos momentos de mi camino profesional y vital. Gracias por abrirme sus mundos, por enseñarme con generosidad y por dar sentido a este recorrido académico y humano.

A los y las profesionales y referentes institucionales que ofrecieron generosamente su tiempo y dedicación para hacer posible esta investigación.

A todas aquellas personas que formaron parte de la ilusión y me acompañaron en el camino trunco de que esta tesis fuera un proyecto de investigación financiado.

Al grupo de maestrandas y maestrandos de las cohortes 2017 y 2019, por el sostén colectivo y la convicción de este recorrido singular que decidimos transitar juntos y juntas, sin más certeza que la profunda convicción de que era una oportunidad única de contribuir a acortar la brecha de desigualdad en los derechos de las niñeces en Uruguay.

A la Universidad de la República, mi casa de estudios desde 2006, por darme la oportunidad de seguir profundizando y nutriendo mi camino académico, profesional y personal.

Finalmente, a mi perseverancia, mi tenacidad, mi templanza y mi valentía, todo lo que me sostuvo hasta llegar al final de este trayecto.

*“Lo crucial (y esto es precisamente lo que varía muchísimo entre los diferentes países y culturas) es nuestro conocimiento de los sordos y nuestra actitud hacia ellos, la comprensión de sus necesidades (y facultades) específicas, el reconocimiento de sus derechos humanos fundamentales: el acceso sin restricciones a un idioma natural y propio, a la enseñanza, al trabajo, a la comunidad, la cultura, a una existencia plena e integrada.”*  
Sacks, O. (2003)

## Resumen

La presente tesis de maestría tiene por objetivo general identificar el lugar simbólico y objetivo que las y los referentes técnico-profesionales e institucionales involucrados en la comunicación diagnóstica sobre sordera o dificultades auditivas le otorgan a la Lengua de Señas (LS) en la primera infancia. Este estudio se enfoca en los discursos que se producen en el marco del diagnóstico y la orientación a familias con niños y niñas sordas o con dificultades auditivas, en un contexto marcado por la incompatibilidad lingüística al momento del nacimiento y la falta de políticas públicas que garanticen el acceso efectivo a una lengua natural desde los primeros momentos de vida.

El diseño metodológico que sustenta al estudio es de tipo cualitativo, descriptivo y comprensivo, utilizando principalmente la técnica de entrevistas semidirigidas individuales a referentes institucionales y profesionales de distintas áreas vinculadas al diagnóstico, orientación e intervención en sordera infantil. Asimismo, se realizó un análisis documental de documentos normativos y técnicos. Los datos fueron analizados mediante la estrategia de análisis temático de discurso, con el propósito de identificar regularidades, omisiones y tensiones en torno a la construcción de sentidos sobre la LS.

Los resultados del estudio muestran que, si bien existe en nuestro país un reconocimiento legal de la LS como lengua natural de las personas sordas, persiste una representación hegemónica del lenguaje a partir de la oralidad, lo que relega a la LS a un lugar secundario, condicionado o incluso desaconsejado. Esta visión se inscribe en una lógica biomédica y rehabilitadora que produce efectos concretos en la comunicación diagnóstica, en las decisiones institucionales y en las orientaciones brindadas a las familias. La investigación concluye que garantizar el acceso temprano a una lengua natural no solo es un derecho fundamental, sino también una condición indispensable para el desarrollo integral en la primera infancia.

**Palabras clave:** niñez sorda, privación lingüística, Lengua de Señas, discapacidad, derechos lingüísticos.

## **Abstract**

This master's thesis aims to identify the symbolic and objective role assigned to Sign Language (SL) in early childhood by technical-professional and institutional actors involved in the diagnostic communication regarding deafness or hearing difficulties. The study focuses on the discourses that emerge within the diagnostic and guidance processes provided to families of deaf or hard-of-hearing children, in a context marked by linguistic incompatibility at birth and the absence of public policies that ensure effective access to a natural language from the earliest stages of life.

To fulfill the proposed objectives, a qualitative, descriptive, and interpretive study was carried out, primarily using semi-structured individual interviews with institutional and professional stakeholders from various fields related to the diagnosis, guidance, and intervention in childhood deafness. In addition, a documentary analysis of normative and technical materials was conducted. The data were analyzed using thematic discourse analysis to identify regularities, omissions, and tensions surrounding the construction of meaning about SL.

The results show that, although SL is legally recognized in Uruguay as the natural language of deaf people, a hegemonic representation of language based on orality still prevails, relegating SL to a secondary, conditional, or even discouraged position. This view is embedded in a biomedical and rehabilitative logic that has concrete effects on diagnostic communication, institutional decisions, and the guidance provided to families. The research concludes that ensuring early access to a natural language is not only a fundamental right but also an essential condition for comprehensive development in early childhood.

**Keywords:** deaf childhood, language deprivation, sign language, disability, linguistic rights.

## **Lista de abreviaturas y siglas**

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

IC: Implante coclear

LS: Lengua de Señas

LSA: Lengua de Señas Argentina

LSU: Lengua de Señas Uruguay

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

WFD: World Federation of the Deaf (Federación Mundial de Personas Sordas)

Agradecimientos	5
<b>Resumen</b>	<b>7</b>
Abstract	8
Introducción	12
<b>Capítulo 1: Relevancia y construcción del problema</b>	<b>16</b>
1.1 Antecedentes	16
1.1.1 Comunicación diagnóstica	16
1.1.2 El lugar de la LS	19
1.2 Fundamentación	21
1.2.1 Problema de estudio	23
1.2.2 Objetivos	24
1.2.3 Preguntas de investigación	24
<b>Capítulo 2: Consideraciones teóricas</b>	<b>26</b>
2.1 Sujetos de derecho desde el comienzo de la vida: bases conceptuales para pensar la primera infancia	26
2.1.1 Primera infancia y desarrollo infantil	28
2.1.2 Comprendiendo el lugar de la familia	30
2.2 Personas sordas y diversidad de concepciones	32
2.2.1 Sordera en la niñez e intervención profesional	34
2.2.2 Conceptualizaciones desde el neurodesarrollo al servicio de la perspectiva de derechos	35
2.2.3. Privación lingüística y sus consecuencias	37
<b>Capítulo 3: Fundamentos metodológicos y diseño de investigación</b>	<b>39</b>
3.1 Enfoque metodológico	39
3.2 Población de estudio y criterios de selección	40
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.4 Estrategia de análisis de datos	42
3.5 Consideraciones éticas	43
<b>Capítulo 4: presentación de los datos y análisis</b>	<b>43</b>
4.1 La indiscriminación conceptual entre lenguaje, lengua y habla en la práctica institucional	44
4.2 El dispositivo diagnóstico como productor de sentidos	52
4.2.1 Diagnóstico precoz y atención temprana	58
4.2.2 Audiocentrismo: entre la evidencia clínica y el modelo rehabilitador	60
4.2.3 El lenguaje instrumentalizado: disyunción entre intervención médica y acceso a lengua natural	65
4.3 Categorías imprecisas, consecuencias concretas: la marginalización lingüística de la LS	69
4.3.1 Lo que no se dice sobre la lengua: marginalización por omisión	72
4.3.2 Marginalización por deslegitimación explícita o indirecta	75
4.4 Presencia o ausencia de las perspectivas de derechos y de desarrollo en los discursos técnico-profesionales: impactos en el lugar asignado a la LS	82
4.4.1 La ausencia de pluralidad de trayectorias para el desarrollo integral	85
4.4.2 Perspectiva situada: la excepción que confirma la regla	88
<b>Capítulo 5: Consideraciones finales</b>	<b>93</b>

5.2 Aportes de la investigación	94
5.3 Límites del estudio	95
5.4 Recomendaciones y líneas futuras	95
<b>Referencias</b>	<b>97</b>
Anexo 1: Hoja de información	107
Anexo 2: Consentimiento Informado	109
Anexo 3: Pauta de entrevista	111
Anexo 4: Pauta para la revisión documental	112

## Introducción

La presente investigación forma parte del recorrido académico realizado en el marco de la Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas, y encuentra su punto de partida en una trayectoria vital y profesional atravesada por diecisiete años de vínculo directo con personas sordas, que se inicia a partir de la experiencia como estudiante de la carrera de intérprete de Lengua de Señas Uruguaya (LSU), y se expande luego a partir de mi posterior práctica profesional como psicomotricista, profesiones que he ejercido de manera complementaria en diversos contextos.

Entre los elementos que configuran este posicionamiento investigativo, es particularmente relevante explicitar que ser hablante de LSU me ha brindado la oportunidad de comunicarme de manera fluida tanto con adultos/adultas como con niños y niñas sordas que han experimentado privación lingüística temprana. Este contacto sostenido me permitió observar y comprender de forma encarnada las consecuencias estructurales de la incompatibilidad lingüística que caracteriza el desarrollo de la mayoría de las niñas sordas en sus primeros años de vida hoy en día en nuestro país, así como las potencialidades transformadoras que emergen cuando la LS es reconocida y habilitada tanto en las prácticas clínicas, educativas y sociales como en la cotidianeidad intrafamiliar.

Desde mi rol como psicomotricista, he acompañado procesos clínico-terapéuticos de niños y niñas sordas en estrecha vinculación con sus familias, tanto en instancias puntuales de atención temprana como en abordajes centrados en las consecuencias de la privación lingüística en el desarrollo integral. De forma complementaria, mi desempeño como intérprete de LSU, en particular durante tres años de trabajo en la Unidad de Salud para Personas Sordas (USS) de Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), me permitió un contacto directo con la comunidad sorda adulta, donde presencié situaciones de vulneración extrema de derechos y profundicé en la comprensión de las implicancias estructurales del acceso o negación temprana a una lengua natural y a condiciones comunicativas accesibles.

Estas experiencias profesionales y personales no solo constituyen el trasfondo desde el cual me posiciono como investigadora, sino que también actuaron como catalizadoras de un proceso progresivo de problematización sobre los modelos de intervención vigentes. Fue desde esa vivencia situada, y no solo desde una inquietud teórica, que comenzaron a emerger interrogantes sobre las formas en que se comunica un diagnóstico de sordera en la infancia, el tipo de información que se transmite, y el lugar simbólico y objetivo, que se otorga a la LS en esos procesos.

Abordar en esta tesis el lugar que ocupa la LS en los procesos de comunicación diagnóstica en la infancia, no supone solamente describir prácticas profesionales o

identificar omisiones institucionales. Implica también prestar atención a los sentidos y las representaciones que organizan dichas prácticas, y a cómo estas se concretan en decisiones y modos de intervención. Para ello, la investigación se posiciona desde un enfoque que considera tanto el plano simbólico, es decir, los marcos de sentido desde los cuales los y las profesionales piensan y justifican sus acciones, como el plano objetivo, aquello que efectivamente se hace, se prescribe o se orienta. Estos dos planos, lejos de ser independientes, están profundamente interrelacionados y permiten comprender cómo se produce y se reproduce el lugar que se otorga, o no, a la LS en los procesos institucionales actuales.

A partir del análisis sistemático de antecedentes nacionales e internacionales, llevado a cabo mediante búsquedas en plataformas como Colibrí, REDALyC, Repositorio Institucional de la UdelaR, SciELO, Timbó, Google Académico, The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, se identificó un vacío crítico en la producción académica y política local en torno a este tema. Esta revisión permitió reorientar la preocupación inicial hacia una formulación fundamentada y situada del problema de investigación.

Aunque este trabajo se inscribe en el campo de estudio de las niñas sordas, su abordaje se construyó desde el análisis de los discursos y prácticas de una población específica conformada por referentes técnico-profesionales e institucionales que intervienen en los procesos de comunicación diagnóstica durante la primera infancia. El objetivo fue comprender cómo, desde esas intervenciones, se configura la figura de la niñez sorda: qué sentidos se le atribuyen, cómo se la nombra, se la acompaña y se la orienta, y qué modelos de lengua, comunicación y desarrollo son promovidos o desestimados en esos primeros vínculos con los sistemas de salud, educación o atención integral.

El foco no está puesto directamente en los niños y niñas sordas, sino en las condiciones estructurales, simbólicas, sociales e institucionales, que habilitan o restringen su acceso temprano a una lengua natural y a entornos lingüísticamente accesibles. Es a través del estudio de esta población profesional que se accede, de forma indirecta, a dimensiones clave para comprender la situación actual de las niñas sordas en Uruguay.

El problema de investigación se delimita ante el escenario de incompatibilidad lingüística en que se encuentran la mayoría de los niños y niñas sordas o con dificultades auditivas al momento del nacimiento o en sus primeros meses o años de vida, junto con la ausencia de políticas públicas que reconozcan a la LS y la aborden desde el momento mismo de la comunicación diagnóstica. En ese marco, esta tesis se propone identificar el lugar simbólico y objetivo que las y los referentes técnico-profesionales e institucionales involucrados en la comunicación diagnóstica sobre sordera o dificultades auditivas le otorgan a la LS en la primera infancia. Esto supone indagar cómo se la representa discursivamente, qué fundamentos o argumentos técnicos sustentan, o no, su inclusión y

qué efectos tienen esas representaciones en los procesos de comunicación diagnóstica y orientación familiar.

Este trabajo se sostiene en la convicción de que las niñas sordas deben ser reconocidas como sujetos plenos de derechos humanos, incluyendo los derechos lingüísticos, de manera interdependiente e indivisible. Esta perspectiva se articula con el paradigma de derechos consagrado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, ONU, 2006) y en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, ONU, 1989), en cuya elaboración participó activamente la Federación Mundial de Sordos (WFD por su sigla en inglés), y que en Uruguay cuenta con reconocimiento jurídico junto a la Ley 17.378, que reconoce a la LSU como lengua natural de las personas sordas. Reconocer esta complejidad implica repensar las prácticas de comunicación diagnóstica, las intervenciones profesionales y el diseño de políticas públicas que respeten, potencien y garanticen el desarrollo pleno de las infancias sordas en su diversidad.

La estrategia metodológica adoptada es de carácter cualitativo, orientada por un enfoque descriptivo e interpretativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a referentes de distintas áreas de la salud, la educación y la academia, y se relevaron documentos normativos y técnicos sobre el abordaje de la sordera en primera infancia. El análisis de los datos se realizó a través de una técnica de análisis temático de discurso, lo que permitió identificar no solo lo que se dice explícitamente sobre la LS, sino también lo que se omite, se jerarquiza o se tensiona, reconstruyendo los sentidos que configuran la relación entre diagnóstico, lenguaje y derechos.

Esta tesis se organiza en cinco capítulos. El primero presenta el recorrido de antecedentes y la fundamentación general del estudio, con una revisión de la literatura nacional e internacional sobre diagnósticos de sordera, intervención temprana, acceso a la lengua y modelos en tensión. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico que orienta la investigación, integrando aportes desde los estudios sobre infancia, discapacidad, privación lingüística, LS y derechos lingüísticos, con una mirada interseccional y crítica.

El tercer capítulo describe la metodología del estudio, incluyendo el diseño, las técnicas utilizadas, los criterios de selección y las consideraciones éticas. El cuarto capítulo presenta el análisis de los datos, organizados en ejes temáticos que muestran cómo se construyen simbólicamente y objetivamente los sentidos sobre la LS en los discursos institucionales. Finalmente, el quinto capítulo ofrece las consideraciones finales del trabajo, sintetizando los principales hallazgos, reflexionando sobre sus implicancias y proponiendo líneas de acción y estudio futuras.

Los resultados del estudio muestran que, a pesar del reconocimiento normativo de la LSU como lengua natural de las personas sordas en nuestro país, esta continúa ocupando un lugar marginal o subordinado en los discursos y prácticas institucionales vinculados a la

comunicación diagnóstica en la primera infancia. Se evidencian representaciones hegemónicas del lenguaje centradas en la oralidad, sostenidas en marcos biomédicos y rehabilitadores que condicionan las orientaciones brindadas a las familias y limitan el acceso efectivo de los niños y niñas sordas a una lengua plenamente accesible desde los primeros años de vida.

Asimismo, el análisis muestra tensiones internas en los discursos profesionales. Por un lado, emerge una incipiente apertura hacia la pluralidad lingüística y los derechos de las niñas sordas; por otro, persisten prácticas formativas, institucionales y simbólicas que refuerzan la exclusión de la LS.

En este marco, la investigación permite concluir que el lugar simbólico y objetivo que se le otorga a la LS no depende exclusivamente del marco jurídico vigente, sino de una estructura ideológica y disciplinar profundamente arraigada. Esta requiere ser interpelada para posibilitar transformaciones efectivas en las condiciones de desarrollo y acceso a derechos de las infancias sordas en Uruguay.

## **Capítulo 1: Relevancia y construcción del problema**

### **1.1 Antecedentes**

Las evidencias de investigación científica en la temática en nuestro país provienen en su mayoría desde las ciencias sociales, la psicología y la lingüística. Mientras que a nivel internacional se suman y destacan diversas investigaciones desde disciplinas de la salud.

#### **1.1.1 Comunicación diagnóstica**

Con respecto a la búsqueda realizada sobre la comunicación de diagnósticos médicos de discapacidad en la infancia en general, y de sordera en particular, la evidencia acumulada muestra, en primer lugar, que la comunicación diagnóstica altera el funcionamiento intersubjetivo de la familia y todos los elementos que la componen. La adaptación o construcción activa de la nueva realidad familiar no es un proceso simple.

La ausencia del hijo deseado y el encuentro con el hijo real —enmarcados en la interiorización y exteriorización, tanto singular como colectiva, de una ideología de la normalidad que coloca al niño en una situación de anormalidad— generan un dolor social que impregna a estas familias (Silva, Zanolli y Pereira, 2008). Este momento se describe como de extrema importancia, ya que representa una situación traumática por el impacto de la información transmitida y por lo determinante que resulta en la construcción del vínculo entre bebé y familia, especialmente cuando el diagnóstico se comunica próximo al nacimiento (Ferrari, Zaher y Gonçalves, 2010).

En lo respectivo a los procesos que subyacen a la información que se entrega a los padres sobre sus hijos, se destacan no solo la importancia de la información específica compartida, sino también el apoyo percibido desde los profesionales y el sistema de salud, como factores relacionados que influyen en las reacciones de los padres ante la identificación de la pérdida auditiva (Moeller, 2000) y el ajuste exitoso de la familia (Feher-Prout, 1996), todo lo que en su conjunto impacta directamente en el desarrollo infantil (Day y Brice, 2013).

Posterior a la comunicación diagnóstica de cualquier condición en la infancia, las familias inician un camino en el que predominan sentimientos de desgaste, frustración y cansancio, fruto de situaciones de presión, incertidumbre, desorientación, desinformación, falta de apoyo y guía para enfrentar cuestiones que hacen a sus vidas cotidianas. Estos sentimientos provienen de las presiones generadas por el sistema capitalista que busca como respuesta llevar a la normalidad la diferencia, quedando así excluidos aquellos

atributos que no logren ser corregidos para permanecer más próximos a la línea de la normalidad. Por lo que esta idea de buscar la “normalidad”, implícita desde el sistema hacia las instituciones que la componen incluyendo la familia, incide directamente en el proyecto de vida de la misma, generando así dificultades para proyectarse con seguridad debido a la incertidumbre y falta de respuestas concretas en cuanto a sus situaciones singulares (Montañés, 2013).

Young y Tattersall (2007), afirman que la detección temprana no tiene sentido de ser temprana si no se acompañan con servicios de calidad que puedan alcanzar el potencial, tanto para la familia como para el niño, de diagnosticar tempranamente. Y agregan que la detección precoz de la sordera y dificultades auditivas ha cambiado desde las Pesquisas Neonatales en niños recién nacidos sin riesgo, y esto no solo trata de nuevas tecnologías, sino de cómo apoyar y asesorar a las familias en lo que DesGeorges (2003) describe como un proceso consecutivo de “reacción, aceptación y apoyo”.

Con respecto específicamente a los procesos diagnósticos que se llevan a cabo en las Pesquisas Neonatales, se describe como especialmente frustrante para las familias el lapso de tiempo entre la comunicación diagnóstica y el asesoramiento y soporte, sintiéndose perdidos y desorientados, al mismo tiempo que se encuentran bajo mucho estrés, especialmente durante la transición entre la comunicación diagnóstica y los servicios de intervención temprana (Hyde, Punch y Komesaroff, 2010).

Si se consideran los estudios específicos a nivel nacional, quienes indagan sobre la comunicación diagnóstica lo hacen con respecto al diagnóstico de autismo (Montañés, 2013) y de discapacidad intelectual (Pérez Novo, 2010), y acuerdan en términos generales en la influencia de la ideología de la normalidad en los apoyos brindados desde el sistema a las familias durante y posterior al momento de la comunicación diagnóstica.

Con respecto al diagnóstico de sordera o dificultades auditivas en la infancia, no se encontraron investigaciones cuyos objetivos se centraran en ese momento específicamente, pero se encuentran algunas referencias a la comunicación diagnóstica en la investigación de Gularte (2014), quien detecta información en su trabajo de campo con familias oyentes con hijos/as sordos que da cuenta de orientaciones médicas que surgen de la perspectiva clínico-médica hegemónica, y destaca del relato de los padres sobre el momento de la noticia del diagnóstico de sordera, que se encontraron solos, desinformados, a la deriva, contando como única información el diagnóstico de sordera de su hijo, experimentando vivencias de paralización y angustia frente a la falta de recursos y apoyos que les permitieran comprender la situación de su hijo/a.

En la misma línea, Míguez (2018) analiza el impacto del despistaje precoz mediante pesquisas neonatales en el vínculo madre-bebé, señalándolo como un fuerte factor de distorsión en un momento crucial para el sujeto. Concluye que las formas en que las

familias conocen el diagnóstico de sordera de su hijo están atravesadas por la ideología de la normalidad. Plantea que hubiese sido fundamental no reducir la sordera a una deficiencia auditiva, sino situarla en el entramado social donde se configura. Asimismo, propone que la comunicación del diagnóstico no se limite al saber médico, sino que incluya disciplinas orientadas a lo social y vincular, e incluso a representantes de la comunidad sorda que informen sobre lo que implica la sordera, la relación con la LS, los implantes cocleares (IC) y demás aspectos relevantes para las familias.

A nivel regional se destacan dos investigaciones: la de Silva, Zanolli y Pereira (2008), orientada a conocer el relato de las madres frente al diagnóstico de sordera de su hijo, y la de Ferrari, Zaher y Gonçalves (2010), que realiza un recorte sobre el marco bioético de la solidaridad en la intervención en salud como mecanismo para humanizar la comunicación del diagnóstico en casos de nacimiento de bebés prematuros o en situación de discapacidad.

Los datos obtenidos muestran que comunicar el diagnóstico de discapacidad o prematuridad no es una tarea sencilla para ninguna de las partes involucradas en el proceso. Los médicos presentan dificultades y carecen de preparación para comunicar este tipo de diagnósticos (Ferrari, Zaher y Gonçalves, 2010). En la investigación de Silva, Zanolli y Pereira (2008), todas las madres manifestaron que el diagnóstico fue un choque, aunque sus reacciones posteriores variaron en función de cuánto sospechaban la sordera, del momento y la forma en que se realizó el diagnóstico y de cómo los profesionales lo comunicaron.

A partir de estos hallazgos, se sugiere contar con psicólogos en el momento de la comunicación diagnóstica, como apoyo tanto para el médico como para la familia. También se recomienda que el referente familiar esté acompañado por otro miembro de la familia, para compartir el proceso y evitar que recaiga en ella la responsabilidad de ser la única intérprete de las necesidades de su hijo/a. Asimismo, se plantea la necesidad de conformar un equipo de profesionales que luego proporcione soporte y asesoramiento, de manera que las familias puedan ir repensando y modificando a su ritmo sus creencias y actitudes hacia su hijo/a sordo/a. Finalmente, se destaca la importancia de brindar información completa, en tanto garantía de derechos y favorecedora del vínculo bebé-familia saludable, así como de tender redes sociales de sostén y apoyo, por ejemplo, con asociaciones de padres (Ferrari, Zaher y Gonçalves, 2010; Silva, Zanolli y Pereira, 2008).

A nivel internacional, la mayoría de las investigaciones se localizaron en Estados Unidos, con una gran diversidad temática. Entre ellas se encuentra el estudio de Friedman y Kemmerly (2015), que analizó el impacto en más de mil familias de niños sordos o con dificultades auditivas del soporte recibido de padres/madres mentores/as en el marco de un proyecto de apoyo familiar posterior a la comunicación diagnóstica. En esta misma línea de

indagación sobre el acompañamiento, Minchom et al. (2003) exploraron cómo se podría mitigar el estrés y la ansiedad de las familias que reciben el diagnóstico de sordera o dificultad auditiva de sus hijos/as mediante la mejora de los servicios de soporte.

Otro conjunto de investigaciones se centró en las percepciones familiares respecto a los servicios de atención temprana. Ragin (2007) examinó cómo valoran estos servicios las familias de niños/as sordos o con dificultades auditivas y si dichas percepciones difieren según la edad del niño, el grado de pérdida auditiva, la metodología diagnóstica utilizada y, además, si los propios servicios impactan en estas percepciones.

Por su parte, Giuntini et al. (2016) investigaron las características de los servicios de audición brindados en los tres meses posteriores al diagnóstico de sordera o dificultad auditiva, tanto desde la perspectiva de las familias de niños con pérdida auditiva bilateral grave o profunda como de profesionales, tales como audiólogos, fonoaudiólogos, pediatras, psicólogos y otorrinolaringólogos. Finalmente, Day y Brice (2013) propusieron diseñar un cuestionario para recolectar las experiencias de los padres en su trabajo con profesionales de la salud, con el objetivo de que futuros investigadores puedan medir el impacto de estas experiencias en el desarrollo de los niños sordos.

### **1.1.2 El lugar de la LS**

Con respecto al lugar que ocupa la LS en la sociedad en general, y en las infancias en particular, la evidencia científica nacional muestra que las personas oyentes en Uruguay conciben la diferencia con las personas sordas en términos auditivos, sin tener en cuenta la existencia de esta lengua (Peluso, 2010). En relación con la sordera en la infancia y el vínculo de las familias con la LS, el acercamiento a los espacios de aprendizaje de la misma resulta escaso o nulo (Miguez, 2018).

Se observa, además, que el progreso de la ciencia a través de los IC deriva en cotidianidades familiares complejas, atravesadas por la ideología de la normalidad. Estos dispositivos suelen entenderse como la solución al “problema”, desconociendo a la comunidad sorda, su lengua y su cultura (Escudero, 2009). Tales prácticas clínico-médicas, que niegan o muestran indiferencia hacia la LS, también estarían desconociendo la capacidad lingüística de los niños sordos y dificultando el proceso saludable que las familias necesitan transitar para aceptar a su hijo sordo.

Estas posiciones conducen a los padres por caminos que los orientan únicamente hacia la rehabilitación basada en la lengua oral (LO). De acuerdo con los relatos, ninguno de ellos recibió información sobre la LS, lo que derivó en elecciones lingüísticas sesgadas (Gularte, 2014).

Con respecto a la región, Yue (2010) analizó un programa de intervención bilingüe para niños sordos en Brasil, desde la perspectiva de padres oyentes, con referencia al apoyo que recibieron de los profesionales involucrados y los cambios que ocurrieron en la comunicación con sus hijos después de participar en el programa. Los resultados indicaron que a partir, tanto del primer contacto con un adulto sordo como del aprendizaje de la LS (que fueron proporcionados por el programa Bilingüe), hubieron mejoras significativas, en opinión de los padres, en términos de comunicación y relacionamiento con sus hijos sordos. Los resultados también mostraron una aceptación del 100% de la LS por parte de los padres, reconociendo cambios positivos en la dinámica de la vida familiar y en las expectativas futuras de sus hijos sordos.

Se destaca a la LS en tanto potencia comunicacional para los primeros años de vida, por lo que resulta fundamental su aprendizaje lo más tempranamente posible para también la potenciación del bagaje cognitivo, lo cual redundará en un impacto favorable tanto para las infancias sordas como para sus referentes familiares oyentes (Miguez, 2018). La evidencia científica desde las neurociencias, fundamentalmente proveniente de investigaciones anglosajonas, es contundente y abundante, y apunta cada vez más a desmitificar y erradicar algunos prejuicios que sesgan las recomendaciones médicas actuales luego de los procesos diagnósticos.

Un equipo de investigadores de la Universidad de Boston, Estados Unidos, publicó recientemente los resultados de una investigación científica en la que se concluye que el desarrollo del lenguaje a partir de las LS no perjudica la adquisición del vocabulario en lenguas orales. Si bien este estudio correlacional retrospectivo publicado en 2023 no puede determinar si existe una relación causal entre las LS y la adquisición del vocabulario de lenguas orales, si pueden afirmar que existiendo una relación causal, la evidencia sugiere que el efecto sería positivo. Los niños y niñas sordas o con dificultades auditivas bilingües tienen vocabularios esperados para su edad cuando se considera la totalidad de sus habilidades lingüísticas. No se encontró evidencia que apoye las recomendaciones de que las familias con niños sordos o con dificultades auditivas eviten aprender LS, sino más bien, los hallazgos muestran que los niños con una exposición temprana, en el caso del estudio en Lengua de Señas Americana (LSA), pueden desarrollar habilidades de vocabulario apropiadas para su edad tanto en LS como en inglés hablado (Pontecorvo, et.al., 2023).

Otro estudio reciente (Hrastinski y Wilbur, 2016) concluye que los estudiantes altamente competentes en LSA superaron a sus compañeros menos competentes en medidas estandarizadas a nivel nacional de comprensión de lectura, uso del idioma inglés y matemáticas. El estudio mostró específicamente que el dominio de la LSA era la única variable que predecía significativamente los resultados en todas las medidas (Hrastinski y Wilbur, 2016).

Los estudios reflejan unánimemente la necesidad de instrumentar políticas que sigan profundizando en las relaciones interculturales y los procesos de estandarización de la LSU. Se recomienda de manera urgente poner el foco en los procesos de sociabilidad en estas infancias sordas, donde la comunicación pueda ser un espacio de encuentro y no de desencuentro y dolores varios (Miguez, 2018). Se entiende que el cambio de perspectiva clínica médica, hacia la perspectiva socio cultural, es un acto ético y de respeto de derechos humanos, por lo que se sugiere, por un lado poner el foco en las prácticas médicas tendientes a la promoción en salud a partir de la formación de profesionales de la salud, educación y del área social que reflexione sobre las prácticas médicas tendientes a incluir las características lingüísticas e identitarias de los sujetos sordos, considerando especialmente que la LS utilizada en hogares compuestos por niños sordos y sus padres oyentes promueve la comunicación y el relacionamiento de forma saludable, en un clima de entendimiento; y por otro la creación de proyectos que atiendan, orienten y apoyen a padres oyentes con hijos sordos, desde el inicio del diagnóstico de la sordera o dificultad auditiva, desde una perspectiva sociocultural de la persona sorda (Gularte, 2014).

## **1.2 Fundamentación**

El presente proyecto de investigación, de carácter cualitativo, aporta conocimientos sobre el lugar que ocupa la LS en los discursos de referentes técnico-profesionales involucrados tanto en la notificación de diagnósticos de sordera o dificultades auditivas en la primera infancia, como en el acompañamiento y asesoramiento consecuente, a las familias que reciben dicho diagnóstico. El mismo resulta de interés en tanto es un campo abordado desde las ciencias de la salud y las ciencias sociales a nivel internacional, pero del que no figuran antecedentes de investigación a nivel nacional.

El foco está puesto especialmente en la primera infancia en el entendido de que el ejercicio de sus derechos es distinto respecto a edades posteriores, dado el nivel de dependencia con el mundo adulto y el importante hecho de que en ese contexto de dependencia se sientan las bases de todo su desarrollo posterior. Esto ayuda a visibilizar e identificar los distintos niveles de responsabilidad respecto a la génesis del contexto apropiado para que el desarrollo de las niñas en primera infancia se realice integral y satisfactoriamente (Bedregal y Pardo, 2004).

Desde las ciencias médicas en nuestro país y la región, se refiere a las personas hipoacúsicas considerando el déficit auditivo en relación a la audición normal. Sin embargo, en los países de habla inglesa se diferencian las categorías *hard of hearing* (HH), que refiere a personas que pueden recuperar niveles de audición con equipamiento audiológico, y *deaf* (D), para aquellas que no logran recuperar ninguna información auditiva mediante

dichos dispositivos (Copidis, 2015). Y porque son aún minoría aquellas situaciones en las que un niño o niña sordo profundo en primera infancia pueda ser reconocido como culturalmente “Sordo”, y por lo tanto ser denominado “Sordo” con “S” mayúscula, denominación formulada originalmente por Woodward (1972, como se citó en Ladd, 2003). Al mismo tiempo se considera especialmente importante incluir en la problemática tanto a niñas sordas como con dificultades auditivas, dado que ambas condiciones pueden derivar en situaciones de privación lingüística en los primeros años de vida.

El protocolo uruguayo de Detección Precoz de Hipoacusia Congénita la define como la disminución de la percepción auditiva, y cuya incidencia, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es de 5 por cada 1.000 nacidos vivos sin factores de riesgo, mientras que aumenta a 4 por 1.000 para hipoacusias graves y a 9 por 1.000 para “el resto”, sin que se aclare qué se entiende por hipoacusia grave ni a qué corresponde “el resto” (MSP, 2017). Según datos del último censo nacional (2011), de los 47.799 niños y adolescentes en situación de discapacidad menores de 18 años, 6.375 tienen dificultades para oír y unos 1.500 tienen mucha dificultad o son sordos (Meresman, 2013).

La falta de coincidencia entre las habilidades perceptivas del/la niño/a y el entorno lingüístico familiar produce una ausencia de entrada de lengua accesible, dado que el 91% de los referentes familiares son oyentes (Mitchell y Karchmer, 2004), no tuvieron contacto previo con la sordera (Meadow-Orlans, Spencer y Koester, 2004), ni con la LSU (Mitchell y Karchmer, 2004). Esta experiencia nueva y única para las familias (Day y Brice, 2013) se traduce en una incompatibilidad lingüística intrafamiliar que luego se proyecta a los ámbitos sociales y al desarrollo general del niño/a (Alisedo en Rubinowicz, 2009).

La escasa exposición a una lengua natural se describe como “privación del lenguaje” (Gulati en Glickman y Hall, 2018), y refiere tanto a la ausencia como a la calidad de la exposición durante el “período crítico” o “sensible” para el desarrollo del lenguaje. Estudios actuales consideran clave el período que va hasta los ocho años (Morales López, 2024), e incluso sitúan el momento más determinante en el primer año de vida para el desarrollo de aspectos como la sintaxis (Friedman y Kemmery, 2015).

Investigaciones recientes señalan que, incluso con tecnología auditiva e intervenciones modernas, la mayoría de los niños sordos o con dificultades auditivas no alcanza los hitos de lenguaje esperados para su edad (Pontecorvo, 2023). Las causas son múltiples, pero las decisiones respecto a cómo intervenir no deberían recaer únicamente en las familias o profesionales, sino formar parte de políticas públicas, prácticas sociales y educativas comprometidas con el respeto y la garantía de derechos, dadas las consecuencias irreversibles que puede acarrear la privación lingüística en el desarrollo infantil (Glickman y Hall, 2018).

Esta problemática se inscribe dentro de un giro conceptual que desplaza la sordera desde un enfoque clínico hacia una mirada social y antropológica que revaloriza la LS como lengua natural de las personas sordas (Skliar, Massone y Veinberg, 1995). Así lo establecen recomendaciones internacionales orientadas al trabajo con infancias sordas y sus familias, en las que se enfatiza la responsabilidad de los equipos profesionales que intervienen en el momento del diagnóstico, en asegurar el acceso a información completa, fomentar el aprendizaje de la LS y el contacto con adultos sordos (Moeller et al., 2013).

En Uruguay, si bien la Ley N° 17.378 reconoce desde 2001 a la LSU como lengua natural de las personas sordas, esta no se menciona explícitamente como tal en el Protocolo de Detección Precoz de Hipoacusia Congénita (MSP, 2017). Tampoco aparece en documentos nacionales sobre primera infancia ni en políticas que contemplen la formación o el acompañamiento a las familias oyentes. A pesar de la existencia de espacios gratuitos para aprender LSU, su acceso es escaso (Míguez, 2018), y las recomendaciones que sugieren aprender “algunas señas” carecen de especificidad y fundamento si no se acompañan de un contacto lingüístico real y de calidad con hablantes naturales.

Documentos como las “Recomendaciones para la notificación humanizada de diagnósticos prenatales y al nacimiento” (MSP, 2020) reconocen la necesidad de equipos interdisciplinarios y de estrategias de contención familiar. Sin embargo, aún no existe una legislación o protocolo específico que explicita cómo se formarán los profesionales en el uso, importancia y promoción de la LSU en casos de sordera infantil.

Según Meresman (2013), la CDPD propone un cambio en la concepción de la discapacidad, y aboga por políticas públicas que garanticen el acceso temprano a la salud, la educación, la inclusión social y cultural, y el respeto por la diversidad. Pero el cambio legislativo por sí solo no transforma la realidad, y se requieren investigaciones como esta que trasciendan los enfoques biomédicos predominantes y permitan repensar la sordera en clave de derechos.

### **1.2.1 Problema de estudio**

En este escenario, la presente investigación se propuso indagar qué lugar, en sus dimensiones simbólica y objetiva, le otorgan a la LSU los referentes técnico-profesionales e institucionales involucrados en los procesos de comunicación diagnóstica en la primera infancia. El problema de investigación se delimita, por tanto, en torno a la identificación del lugar simbólico y objetivo que estos actores asignan a la LSU como lengua natural y primera de las personas sordas o con dificultades auditivas. Esta delimitación parte de reconocer que el diagnóstico de sordera no constituye una instancia meramente clínica o técnica, sino

que se configura como un acto comunicativo cargado de sentidos ideológicos, normativos y culturales, que impacta profundamente en la orientación que reciben las familias y en las decisiones que se toman respecto al desarrollo lingüístico, educativo y terapéutico de sus hijos e hijas.

### **1.2.2 Objetivos**

Desde esta perspectiva, el objetivo general del estudio es identificar el lugar simbólico y objetivo que las y los referentes técnico-profesionales e institucionales involucrados en la comunicación diagnóstica sobre sordera o dificultades auditivas le otorgan a la LSU en la primera infancia. Para ello, se plantean tres objetivos específicos: en primer lugar, identificar el lugar simbólico que se le otorga a la LSU, entendido como el conjunto de representaciones, valores y posicionamientos ideológicos desde los cuales los profesionales interpretan y nombran la LS; en segundo lugar, identificar el lugar objetivo que se le asigna en función de los argumentos técnico-científicos que sustentan, o no, su inclusión en las recomendaciones profesionales; y finalmente, analizar los efectos que la construcción simbólica y objetiva de la LSU tiene sobre las prácticas de comunicación diagnóstica y la orientación que se brinda a las familias.

### **1.2.3 Preguntas de investigación**

En este marco, se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los factores que influyen en la asignación de un lugar simbólico a la LS por parte de los referentes técnico-profesionales e institucionales en el contexto de la comunicación diagnóstica? ¿Qué representaciones subyacen a ese posicionamiento simbólico? ¿Cómo influye dicho lugar simbólico en las prácticas de comunicación diagnóstica? ¿Qué fundamentos técnico-científicos son utilizados para fomentar o desalentar el acercamiento a la LSU desde la primera infancia? ¿Cómo incide la construcción simbólica y objetiva de la LSU en la orientación que se ofrece a las familias al momento de tomar decisiones sobre los tratamientos o estrategias de abordaje?

Estas preguntas y objetivos guían el desarrollo del trabajo, articulando los niveles de análisis discursivo, institucional y político que componen el campo de intervención profesional en torno a la sordera infantil. En este sentido, el estudio se propone aportar elementos que permitan visibilizar y tensionar las prácticas vigentes, y contribuir a la

construcción de marcos de intervención respetuosos de los derechos lingüísticos y humanos de las niñas sordas.

## **Capítulo 2: Consideraciones teóricas**

Este capítulo tiene por objetivo presentar el marco conceptual que orienta la investigación, estableciendo los fundamentos teóricos desde los cuales se problematiza la primera infancia y, en particular, las niñas sordas. Se abordan aquí las principales categorías de análisis vinculadas a los derechos de niños y niñas, las concepciones sociales e históricas de la infancia y los aportes de la perspectiva psicomotriz para comprender los procesos de subjetivación temprana.

La exposición se organiza en distintos apartados. En primer lugar, se sitúa a los niños y niñas como sujetos plenos de derecho desde el inicio de la vida, explicitando los marcos normativos y conceptuales que sustentan esta afirmación. En segundo lugar, se desarrollan las perspectivas que conciben a la infancia como una construcción social, histórica y cultural, señalando sus implicancias en los modos de crianza y educación. Finalmente, se presentan los aportes específicos de la psicomotricidad para comprender el cuerpo y la subjetividad en los primeros años, lo cual permite articular estos marcos generales con el análisis de los discursos profesionales e institucionales en torno a la comunicación diagnóstica de la sordera en la primera infancia.

### **2.1 Sujetos de derecho desde el comienzo de la vida: bases conceptuales para pensar la primera infancia**

El punto de partida conceptual de este marco teórico es la afirmación de que las niñas y niños, incluso desde antes de su nacimiento, son sujetos plenos de derechos. Tal como sostiene la Observación General N.º 7 del Comité de los Derechos del Niño (2006), el cumplimiento de los derechos consagrados en la CDN debe comenzar en la primera infancia, una etapa considerada crítica para el desarrollo integral, el bienestar y la participación futura en la sociedad. Esta mirada transforma radicalmente las concepciones tutelaristas o asistencialistas que históricamente marcaron la forma en que se comprendía a los bebés, para reconocerlos como personas con agencia progresiva, cuyas experiencias en los primeros años tienen efectos duraderos sobre su subjetividad, su salud y su trayectoria vital.

El Comité destaca que la realización efectiva de los derechos del niño en esta etapa requiere un enfoque integral, que reconozca la indivisibilidad e interdependencia de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos desde el nacimiento. Asimismo, afirma que el desarrollo de la personalidad, las aptitudes mentales y físicas del niño debe tener lugar en un entorno de libertad, dignidad y seguridad, y que las niñas y

niños pequeños son titulares activos de derechos, no solo receptores pasivos de cuidado y protección (CDN, 2006).

Desde esta perspectiva, resulta esencial comprender a la primera infancia como un período fundante, no solo en términos biológicos o neuroevolutivos, sino como una construcción social, histórica y cultural en la que se define qué se espera de un niño o niña en esa etapa, cómo debe desarrollarse, y cuáles son los marcos normativos, institucionales y simbólicos que configuran sus posibilidades. Tal como afirman Bedregal y Pardo (2004), es en este contexto de dependencia con el mundo adulto donde se sientan las bases del desarrollo posterior y por tanto, donde los niveles de responsabilidad institucional y social son especialmente altos.

A su vez, hablar de niñez o infancia supone abordar una categoría que no es universal ni homogénea, sino profundamente marcada por entramados históricos, culturales, políticos y epocales. En esta línea, Arrabal (2008) propone pensar a la niñez como una construcción social y estructural de la sociedad, cuya representación varía según contextos y momentos históricos. Esta perspectiva invita a cuestionar los sentidos naturalizados sobre lo que significa “ser niño o niña”, e identificar los modos en que dichos sentidos son transmitidos, reproducidos o transformados por los adultos encargados de su crianza y educación (Mantilla, 2020; Míguez, 2015).

La noción misma de “infancia”, etimológicamente asociada al “que no habla” (*infans*), ha sido cuestionada por no reconocer el carácter expresivo y elocuente del lenguaje gestual (Viñar, 2020 en Guerra, 2020). Esta observación es particularmente significativa para el abordaje de las niñeces sordas, en tanto propone descentrar el lenguaje verbal como única forma válida de expresión y comunicación, y habilitar la inclusión de lenguajes gestuales como la LS en las primeras etapas del desarrollo.

En este marco, resulta imprescindible comprender que el desarrollo infantil no puede pensarse de manera aislada del contexto en que ocurre. La perspectiva psicomotriz, desde la cual se inscribe esta investigación, sostiene una concepción del cuerpo como organismo subjetivado, moldeado por condiciones históricas, sociales, económicas, tecnológicas y culturales (Wallon en Chokler, 1994; Ravera, 2019). Desde este enfoque, se entiende que los procesos de subjetivación que se dan en los primeros años de vida están profundamente mediados por las experiencias de cuidado, los vínculos primarios y las condiciones del entorno.

El pasaje desde una dependencia absoluta hacia una autonomía relativa se da en el marco de relaciones sociales complejas, en las que los adultos encargados de los cuidados, lejos de ser figuras neutras, son también productos de condiciones históricas, sociales y culturales, que modelan sus conceptos sobre qué cuidados ofrecer, cómo ofrecerlos, y qué es lo prioritario en ese proceso (Chokler, 1994). Como señalan Angulo et al. (2015), la niñez

es el espacio donde los procesos de sociabilidad se dan con mayor profundidad, un lugar en que lo social es interiorizado y luego devuelto al entorno mediante actos, discursos y gestos singulares.

Desde un punto de vista histórico, la consolidación de marcos normativos nacionales e internacionales, como la CDN (ONU, 1989) y el Código de la Niñez y la Adolescencia en Uruguay (2004), ha contribuido a la afirmación de la infancia como una etapa singular del curso de vida, con derechos específicos y garantías diferenciadas. Sin embargo, las representaciones sociales dominantes aún muestran vestigios de concepciones proteccionistas, donde las niñas y niños continúan siendo percibidos como objetos de cuidado o tutela, más que como actores sociales activos (Dávila y Naya, 2013; Míguez y Sánchez, 2015).

Tal como advierte el Comité en su Observación N.º 7 (2006), la negación de derechos en esta etapa temprana constituye una forma estructural de discriminación, cuyas consecuencias se proyectan a lo largo de la vida. De ahí la urgencia de adoptar políticas públicas, programas y prácticas profesionales que reconozcan y habiliten la expresión, la participación y el acceso a lenguajes significativos para todos los niños y niñas, incluidas las niñas sordas. Estos marcos teóricos son fundamentales para contextualizar los hallazgos de esta investigación, que muestran cómo persisten representaciones adultocéntricas y oralistas en los discursos profesionales e institucionales vinculados a la comunicación diagnóstica en la primera infancia. Al tensionar esas representaciones con una perspectiva de derechos que considera a las niñas sordas como sujetos activos de transformación, se torna evidente la urgencia de revisar las prácticas de diagnóstico e intervención para garantizar el acceso efectivo a una lengua natural desde los primeros momentos de vida.

### **2.1.1 Primera infancia y desarrollo infantil**

La perspectiva de derechos, es necesaria de ser complementada por las teorías del desarrollo infantil cuando de primera infancia se trata, ya que los derechos de niños y niñas en esta etapa son distintos a los de edades posteriores, especialmente hasta los tres años, esencialmente por el nivel de dependencia con el mundo adulto para su supervivencia y bienestar, y el importante hecho de que en ese contexto de dependencia se sientan las bases de todo su desarrollo posterior. Esto ayuda a visibilizar e identificar los distintos niveles de responsabilidad respecto a la génesis del contexto apropiado para que el desarrollo de las niñas en primera infancia se realice integral y satisfactoriamente (Bedregal y Pardo, 2004).

De los marcos teóricos de referencia tanto nacionales como regionales, se destaca a la primera infancia como una etapa que constituye una ventana de oportunidades dado que

comienza a desplegarse el potencial de desarrollo y la construcción subjetiva del niño (SNC-CCEPI, 2020); un período crucial del desarrollo por establecer las bases para el bienestar futuro, el aprendizaje a lo largo de la vida y la participación.

Desde la Psicomotricidad, se entiende el desarrollo de las niñeces como una co-construcción global producto de una trama vincular, social y epocal (Ravera, 2019). Esta perspectiva no desconoce la teoría neurofisiológica, sino que la complementa con la teoría psicosocial, reconociéndola también como parte fundante de los procesos de desarrollo. La Psicomotricidad se sitúa en un cruce de disciplinas que convergen en torno al concepto de “cuerpo”, concebido como protagonista y entendido, según Wallon, como resultado de condiciones de vida, relaciones económicas, valores y creencias, desarrollo tecnológico y científico, y del poder de la clase social y del grupo en que se desarrolla.

El cuerpo es concebido en movimiento como gestual, un producto vivo de la relación biológica, afectivo-cognitiva y social, con pautas generales de funcionamiento humano y particularidades según región geográfica, época, clase social, grupo y familia (Chokler, 1994). Desde esta perspectiva, el desarrollo se centra en cómo se van integrando los aspectos somatopsíquicos de cada bebé en su contexto vincular e histórico-social, en lugar de enfocarse únicamente en la adquisición de conductas (Ravera, 2019). La historia de un bebé se construye a partir de un entorno que puede satisfacer o no sus necesidades de dependencia, y de la adaptación activa que logra frente a ese medio (Winnicott y Mazía, 1972).

Este proceso se concibe como una satisfacción progresiva de necesidades múltiples, que parte de la dependencia absoluta y avanza hacia una autonomía relativa. Desde el nacimiento, todo bebé requiere de adultos que lo sostengan, alberguen y nutran, y más adelante de cuidados regulados por las condiciones externas del entorno. A medida que madura su sistema nervioso y se vincula con el medio, va adquiriendo dominio sobre su cuerpo y el espacio circundante. La reiterada referencia a la autonomía relativa subraya la relevancia de los procesos de subjetivación en los primeros años de vida, pues los seres humanos solo podemos desarrollarnos dentro de redes complejas de relaciones sociales. En este marco, los adultos responsables de los primeros cuidados son a la vez producto de condiciones históricas y sociales, que modelan continuamente sus conceptos sobre cómo debe brindarse el cuidado, qué priorizar y quién asume responsabilidades (Chokler, 1994).

Desde un punto de vista histórico estas evidencias científicas, y las alusiones a la importancia del desarrollo de políticas públicas y programas específicos que recogieran esta perspectiva teórica del desarrollo en materia de derechos en disposiciones internacionales, son sumamente recientes. La inclusión en objetivos y metas en el marco de foros y

conferencias de la Unesco y la Organización de Estados Iberoamericanos, en relación con la expansión y la mejora de los sistemas de cuidado y educación, con particular énfasis en las infancias más vulnerables dentro de la primera infancia, datan de la última década y media (Tuñón, 2015).

Se recoge y destaca de la CDN (ONU, 2006) que se debe proporcionar asistencia material, y programas sociales que permitan adquirir destrezas desde que se comienza el ciclo vital por lo cual deben existir políticas sociales dirigidas tanto a la primera infancia como a madres embarazadas. No hacerlo incurrirá en una falta grave de respeto por los derechos de estos niños y niñas, comprometería desde la primera infancia su desarrollo impidiéndoles alcanzar su máximo potencial. El acceso a una nutrición no solo física sino también emocional constituye un derecho primordial y se concibe como contribución esencial al sostenimiento de una vida saludable, al desarrollo cognitivo y de la capacidad de aprendizaje del niño (Unicef, 2010).

Taborda y Urtubey (2019) destacan que para el abordaje de los desafíos más actuales que se presentan en el trabajo con primera infancia en nuestro país, se ha puesto el foco en la calidad de la atención brindada a la primera infancia, atendiendo especialmente a la dimensión humana presente en las relaciones cotidianas entre adultos y niños/niñas, donde el interés está puesto en conocer cómo son esas interacciones y cómo estas devienen facilitadoras u obstaculizadoras del proceso de desarrollo.

Todo este camino conceptual recorrido desde la perspectiva del neurodesarrollo que pone el foco en la sensibilidad de la primera infancia, y la calidad de los cuidados que reciben los niños que se encuentran en esta etapa, atravesando aspectos vinculados a políticas de salud y sociales, conectan con la base conceptual disciplinar desde la que nace este proyecto de investigación. La Psicomotricidad específicamente tiene un origen claramente biologicista, deviene del campo de la rehabilitación, pero ha recorrido un camino que la encuentra transitando escenarios actuales que problematizan el cuerpo, lo historizan desprendiéndolo del órgano, e incluyéndolo en la dimensión de la corporeidad, entendida como organismo subjetivado, instalada para pensar al sujeto construido en su devenir histórico-social, familiar y personal enraizado en lo biológico, cultural, político e ideológico (Gribov, 2015).

### **2.1.2 Comprendiendo el lugar de la familia**

Según el recorrido teórico que se viene haciendo, la familia ocupa en las niñeces un lugar central, entendida como el primer espacio de socialización en una comunidad, un espacio de intimidad en el que se forman y reproducen modelos de identidad y comunidad (Maurás, 2005). En palabras de Jelin (2005) la familia se reconoce como una institución

social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y pater-maternalidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos.

Las políticas sociales de protección a la Infancia y Primera Infancia en nuestro país transformaron sus discursos y reconocen a la familia desde la pluralidad y diversidad de arreglos familiares que en la actualidad conviven con el antiguo modelo de familia nuclear (ENIA, 2008; SNEP, 2016). Estos nuevos arreglos familiares, que cambiaron la estructura y las funciones de la familia, fueron producto de los cambios demográficos (asociados a los procesos de industrialización, urbanización y modernización), culturales, sociales, y económicos, que a su vez se perciben como cambios en las bases que antiguamente consolidaban a la familia nuclear (sexualidad, procreación y convivencia) impactando en la sociedad toda (Ferreira, 2019).

De Martino (2002) propone desnaturalizar la familia, concibiéndola desde su complejidad y pluralidad, en contraposición a la idea de familia universal y abstracta. La autora la aborda como una entidad cultural, histórica y socialmente construida, con génesis moderna y occidental, entendida como una trama de relaciones entre personas que sostienen y gestionan la formación de los individuos que las sociedades modernas “requieren”. Desde esta perspectiva, no importa la estructura específica que adopte la familia, sino reconocer, conocer y analizar las múltiples formas de ser padres/madres y de ser niño/a.

Para quienes intervienen en contextos familiares, De Martino destaca la necesidad de comprender a las familias como grupos flexibles y abiertos, atravesados por diversas líneas de conflicto, como sexualidad, convivencia, procreación, entre otras, que procesan, en definitiva, la producción y reproducción de la sociedad en la que se insertan, donde la infancia adquiere diferentes estatus y valoraciones.

Además, la autora subraya que estas entidades plurales se construyen dentro de modos de vida particulares, entendidos como la articulación de condiciones objetivas (ubicación en la escala social, bienes materiales) y subjetivas (creencias, valores, ideales, intereses). Desde esta perspectiva, las estrategias familiares no deben percibirse como decisiones racionales de un núcleo autónomo y homogéneo, sino como prácticas que emergen de estas condiciones históricas, culturales y sociales.

Resulta pertinente entonces comprender a la familia situada en el entramado sujeto-vínculo-cultura, como productora y reproductora de modelos vinculares, generando subjetividad y fundando psiquismo. Es en el espacio singular de encuentro con el otro que la

familia modifica e inscribe marcas en nuestra psiquis<sup>1</sup>. De esa manera, como organización vincular, ligada a una red social, recibe al niño en un encuentro humanizante<sup>2</sup> en el que la familia se constituye en el dispositivo primordial, pero no único, transmisor no solo de un código familiar sino también cultural. (Krmpotic, 2018)

Volviendo al inicio de este círculo conceptual que se va cerrando, todo este constructo teórico sitúa a la familia entonces en el escenario también de ese espacio primario de sociabilidad, de mediaciones interinstitucionales reguladoras de formas de ser y estar según la clase dominante y el sujeto concreto. Este complejo proceso se revela en cada singularidad como instituidos interiorizados que pueden ser difíciles de comprender, en tanto cada niño y niña vive singularmente la producción y reproducción de lo instituido como deber ser, en principio, en su familia concreta (Míguez, 2015).

¿Cómo es ese deber ser sordo para las niñeces en la sociedad uruguaya hoy? ¿Y para las niñeces en la primera infancia, especialmente en sus primeros años de vida? ¿Qué lugar ocupa hoy la LSU en ese deber ser niño sordo? ¿Ocupa un lugar la LS en ese mandato social? ¿Cómo llegan estos instituidos sociales interiorizados a las familias que conviven en su cotidiana con un bebé o niño sordo o con dificultades auditivas?

## **2.2 Personas sordas y diversidad de concepciones**

El modelo social de producción de la discapacidad como marco teórico-metodológico, ético-político que rompe con el tradicional modelo médico hegemónico, y al mismo tiempo reconoce a la persona en situación de discapacidad como sujeto real de derecho, permite trascender lo dado de forma aparente y analizar la realidad concreta al mismo tiempo que permite también comprender la temática desde su entramado y complejidad social (Angulo et. al., 2015).

Este modelo de abordaje de la discapacidad, según Rosato y Angelino (2009), concibe la discapacidad como una categoría construida socialmente en el contexto del capitalismo, con intereses específicos relacionados con el control de los procesos de producción social. Esta perspectiva rompe con la idea de una causalidad puramente

---

<sup>1</sup> "...el paso de la intersubjetividad (que se despliega en el registro interpersonal) a la subjetivación (que se despliega en el registro intrapsíquico) puede precisamente ser mediatizado por el ritmo de las interacciones (...) el ritmo está a la vez inscripto en el comportamiento y en la psiquis (...) el mundo interno de los adultos impregna sus interacciones, que van a ayudar al bebé a organizar progresivamente su propio mundo interno. El ritmo compartido entre el bebé y el adulto es simultáneamente diálogo de los cuerpos y de los comportamientos y diálogos de las psiquis, diálogos mutuos, pero por supuesto disimétricos, en la perspectiva de la "situación antropológica fundamental" de J. Laplanche." (Golse en Guerra, 2020, p.12)

<sup>2</sup> "Entrar en resonancia con las intenciones y las emociones de los otros... esta es para mí una hermosa definición de la Intersubjetividad." (Guerra, 2020, p.28)

"El concepto de intersubjetividad que se ha ido desarrollando en los últimos años, nos aporta una perspectiva muy interesante sobre la construcción de la vida psíquica de un bebé."(Georgieff y Speranza en Guerra, 2020, p.29)

biológica o de un déficit intrínseco. La noción de déficit se construye como un instrumento para catalogar, medir y enmarcar cuánto y de qué manera un individuo se aparta del mandato de un cuerpo “normal” o del cuerpo Uno (único).

Además, la discapacidad se constituye como una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos, en el que el parámetro de normalidad única es inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad. Dichas relaciones generan simultáneamente exclusión y una forma de inclusión que sigue siendo excluyente (Rosato & Angelino, 2009, p. 9).

Las personas sordas, si bien comparten muchas experiencias con otros grupos en situación de discapacidad —especialmente vinculadas a la estigmatización y la búsqueda de su normalización—, han transitado un camino específico marcado por vulneraciones de derechos y violencias singulares (Míguez, 2018). Uno de los aspectos centrales es que quienes nacen sordas o pierden la audición en los primeros años de vida, incluso con dispositivos auditivos, no pueden aprender la lengua de la mayoría en igualdad de condiciones con sus pares oyentes. Esto las ubica como un grupo significativamente más pequeño dentro de la población con discapacidad auditiva, donde predominan quienes pierden la audición post-lingüísticamente, como los adultos mayores (Glickman y Hall, 2018).

Según Sacks (2017), perder la audición al nacer o en la temprana infancia, a diferencia de hacerlo después de aprender a hablar, genera una situación completamente distinta e prácticamente inconcebible para los oyentes. La particularidad de este escenario radica en que el bebé o niño no puede oír a sus padres, lo que conlleva riesgos de déficit intelectual grave e incluso de deficiencia permanente del lenguaje, considerada por la sociedad como una de las calamidades más graves, al limitar el acceso a la cultura y la sociedad, y por ende a la condición humana.

Estas afirmaciones pueden malinterpretarse como la idea de que la sordera imposibilita el habla y, consecuentemente, el desarrollo de la inteligencia, al suponer que la privación del oído anula los demás sentidos. En respuesta a esta visión, el modelo clínico-terapéutico de la sordera, que se volvió hegemónico a nivel global desde fines del siglo XIX, buscó rehabilitar a las personas sordas mediante el desarrollo del habla y el uso exclusivo del método oral puro. Para ello se implementaron prácticas disciplinadoras, incluyendo la lectura labial y la prohibición de la LS, que era castigada corporalmente por considerarse un obstáculo para la adquisición del habla (Míguez, 2018).

Cuestionando esta mirada, y convirtiendo a la LS, que era la marca corporal que los estigmatizaba, en generadora de identidad positiva y una sociabilidad particular, es que las personas sordas se organizaron colectivamente irrumpiendo en el espacio público y político, dando origen al movimiento sordo a fines del siglo XIX (Benvenuto, 2005). Estos

acontecimientos fueron la base de lo que se llamará el resurgimiento o despertar sordo (Ladd, 2011), a través del que sus responsables expusieron una mirada alternativa de la sordera, basada en un modelo socio-antropológico (Skliar, 1997) que tenía sus raíces en los trabajos publicados por William Stokoe en torno a la lingüística moderna y la LS. Estos trabajos fueron publicados a partir de 1960, y por tres décadas consecutivas conformaron lo que se llamó la “revolución Stokoe”, a partir de la que se introdujo la LS en el campo de la lingüística, dándole el estatuto de lengua. Es a partir de aquí que empieza a llamarse específicamente “lengua de señas” (Miguez, 2018).

A partir de todo lo anteriormente expuesto es que con mayor claridad puede visualizarse esta nueva perspectiva en la que se concibe a las personas sordas ya no desde su “pérdida auditiva” obturante de capacidades, sino como personas con una especial orientación visual, una especie de “ganancia sorda” (Bauman y Murray en Glickman y Hall, 2018), una diferencia a ser respetada (Skliar, 1997). No siendo la sordera la que produce por sí misma una discapacidad o una minoría cultural.

Hablar de sordos en tanto que minoría lingüística y cultural, es antes que nada aceptar una diferencia. La sordera, más allá de un impedimento físico, es una experiencia de vida, una manera de ser y estar en el mundo diferente a la de los oyentes. Pero, en tanto que relación, Bernard Mottez señala que la sordera es una discapacidad compartida que aparece sólo en el encuentro de un sordo con un oyente. En tal encuentro, el problema es de los dos interlocutores, es por eso que se habla de una discapacidad de comunicación (Benvenuto, 2004).

Esta perspectiva socioantropológica o también conocida como culturalmente afirmativa, propone la despatologización de las personas sordas y es considerada como fundamental y necesaria para cualquier intento de proveer servicios profesionales competentes y respetuosos de los derechos de las personas sordas (Glickman y Hall, 2018). De la mano de esta perspectiva es que se empieza a destacar la importancia del bilingüismo, entendido como la enseñanza de la LS, concebida como lengua primaria (esencial para la socialización y el desarrollo cognitivo de las personas sordas) y la palabra escrita, como lengua secundaria. En esta línea las reivindicaciones de las últimas dos décadas del movimiento sordo por el reconocimiento de la LS han resultado vitales para poner el asunto en territorio de los derechos humanos (Ferrante en Miguez, 2018).

### **2.2.1 Sordera en la niñez e intervención profesional**

El nacimiento de un niño sordo en una familia integrada por personas oyentes ocurre, según Behares (2011), dentro de una red de construcciones identificatorias basadas en la expectativa de que su hijo también sea oyente. Cuando esta expectativa se ve

frustrada, se genera un impacto emocional tanto en los padres como en el equipo de salud encargado de comunicar el diagnóstico (Ferrari, Zaher y Gonçalves, 2010).

Toda situación diagnóstica se caracteriza por una relación de ayuda en la que el paciente depende del profesional para afrontar una crisis, al tiempo que deposita diversas expectativas en quien comunica el diagnóstico. El profesional, por su parte, debe manejar sus propias limitaciones y emociones frente a este encuentro particular con la familia. Por ello, el vínculo profesional-familia resulta crucial en el momento del diagnóstico, ya que influye directamente en la comprensión de la información, la aceptación de la condición y la elección de los abordajes o tratamientos sugeridos (Bazon, Campanelli y Blascovi-Assis, 2004).

Muchos profesionales de la salud reconocen carecer de herramientas y preparación psicológica para realizar la comunicación diagnóstica, y admiten que sus propios sentimientos influyen en lo que transmiten, a veces incurriendo en falsos pronósticos o adoptando un enfoque excesivamente realista y pesimista respecto al futuro del niño/a (Silva, Zanolli y Pereira, 2008).

Con respecto específicamente a la información que se transmite a las familias de niños sordos o con dificultades auditivas y a las recomendaciones de los equipos de salud, se afirma que el sesgo<sup>3</sup> producido por la multiplicidad de enfoques comunicativos actuales y la epistemología de los profesionales que hacen las recomendaciones, influye directamente en el sistema de salud (Clark et.al, 2020). Los sistemas de atención temprana aún se centran en el modelo médico de intervención en la discapacidad y más que apoyar el bilingüismo, no fomentan la inclusión de la LS debido a la creencia de que es perjudicial para las habilidades de escuchar y hablar (Mounty, Pucci y Harmon, 2014). La declaración de posición de 2010 de la organización de padres "*Global Coalition of Parents of Children who are Deaf or Hard of Hearing*" evidencia que solo el "50.9% de las familias recibieron información "completa y equilibrada sobre todas las opciones de comunicación" (GPOD, 2010, p.5).

### **2.2.2 Conceptualizaciones desde el neurodesarrollo al servicio de la perspectiva de derechos**

La plasticidad neuronal del cerebro<sup>4</sup> con respecto al desarrollo del lenguaje, es máxima antes de los tres años y si un niño no habla fluidamente un idioma a la edad de

---

<sup>3</sup> "Prejuicio a favor o en contra de una cosa, persona o grupo comparada con otra. Preferencia inconsciente (explícita) o consciente (explícita) que usualmente no se cuestiona." (Dallman, Holcomb, McMillan, 2016, p.1)

<sup>4</sup>"Es la capacidad para reorganizar y modificar funciones y adaptarse a los cambios externos e internos. La plasticidad inherente a las células cerebrales permite la reparación de circuitos corticales, integra otras áreas corticales para realizar funciones modificadas y responde a diversas afecciones. (...) Dado que la plasticidad es mayor en los primeros años de vida y disminuyen gradualmente con la edad, el aprendizaje y la recuperación se verán potenciados si se proporcionan experiencias o estímulos precoces al individuo." (Brito de la Nuez y Pérez-López, 2019, p.47)

cinco, no podrá entonces alcanzar la fluidez total en ningún idioma (Humphries et.al, 2016). Esta información, considerada exclusivamente desde la ideología de la normalidad, opera en la actualidad de los niños sordos diagnosticados al momento del nacimiento o en sus primeros años de vida, específicamente en la recomendación siempre que sea posible de la colocación de IC, con el objetivo de disminuir la incidencia de la sordera (Gómez en Angulo et. al., 2015). De esta manera los profesionales de la salud que los recomiendan, y las familias que consideran esta opción, lo hacen en el entendido de que los IC permitirán a los niños sordos escuchar y desarrollar su lenguaje y habla. Sin embargo, para evitar sesgos, los profesionales de la salud tienen el deber de reconocer que dichos dispositivos no reemplazan los mecanismos naturales de audición, así como tampoco a partir de su colocación se puede garantizar el desarrollo del lenguaje de los niños que los portan. Si bien se administran solo a niños en los que se haya descartado la posibilidad de beneficiarse de audífonos (amplificadores del sonido), es importante reconocer que los IC no son audífonos super potentes. Mientras que el audífono amplifica el sonido, los IC transforman el sonido en impulsos eléctricos que son enviados directamente al nervio coclear. Para interpretar estos impulsos eléctricos, los niños implantados coclearmente deben recibir una amplia formación a largo plazo, e incluso con este gran esfuerzo individual y dedicación de los cuidadores, es impredecible la variación en los resultados; algunos niños sordos reciben poco o ningún beneficio auditivo de los IC en el desarrollo del lenguaje (Humphries et.al, 2016).

Por otro lado, durante el período sensible o crítico<sup>5</sup> de la plasticidad neuronal, se ha demostrado que el aumento de la densidad sináptica ocurre antes y más rápidamente en la corteza visual que en la auditiva, por lo que el cerebro del niño sordo está más que preparado para la entrada de información visual. Las lenguas de señas proporcionan estructura lingüística a esta entrada visual y el acceso a la posibilidad de señar puede garantizar el desarrollo del lenguaje en niños sordos y evitar déficits cognitivos asociados con la privación lingüística. (Humphries et.al, 2016).

El avance científico-técnico genera discursos y prácticas profesionales reduccionistas por su tendencia a ser sobrevalorado, y en terrenos de la bioética donde se pone el foco en problematizar y pensar el lugar que ocupa cada profesional comprometido con la infancia, los derechos humanos constituyen el marco desde donde se deben analizar las cuestiones vinculadas a la salud humana (de Pena, 2013). Si bien el principio del respeto a la autonomía en la medicina moderna ética lleva a los médicos a evitar la persuasión y apuntar a neutralidad al discutir las opciones de lenguaje con respecto a niñas sordas, a veces la persuasión para vencer sesgos es necesaria y éticamente

---

<sup>5</sup> “La capacidad plástica del cerebro es mayor (...) en edades precoces. (...) Se considera edad temprana los primeros 4 años de vida (...)” (Brito de la Nuez y Pérez-López, 2019, p.49)

obligatoria. Las creencias de profesionales insuficientemente informados sobre las lenguas orales y de señas, y el gran peso que tiene en las mismas el modelo médico de intervención en la discapacidad, tiene consecuencias graves en el desarrollo de niños sordos ya que es desde allí que se aconseja a los padres para la posterior toma de decisiones (Clark et.al, 2020; Humphries et.al, 2014, 2016).

### **2.2.3. Privación lingüística y sus consecuencias**

Como se menciona en reiteradas ocasiones a lo largo del presente trabajo la consecuencia principal de la ausencia de exposición temprana a una lengua completamente accesible implica un alto riesgo de deprivación lingüística (Hall, et. al., 2019) y consecuentemente de presentar signos del Síndrome de Privación Lingüística (Hall et al., 2017). El mismo se caracteriza, producto de un neurodesarrollo incompleto, por discapacidad intelectual y se observa en aquellas personas sordas que aparentan hablar LS con fluidez, pero en un examen más detenido muestra signos de déficits lingüísticos característicos; presentan dificultades con el manejo de conceptos abstractos, entre los que se incluye el tiempo y las nociones de causa y efecto; carecen de conciencia de la necesidad de contextualizar a su interlocutor en las conversaciones y de reconocer a su interlocutor como portador de sentimientos, ideas y experiencias propias (lo que se denomina como “teoría de la mente”); presentan dificultades para aprender y carecen de información contextual básica que le aporta conocimientos en términos de salud física, mental y sexual, y relacionamiento saludable; así como dificultades para regular sus emociones, muchas veces exteriorizando las mismas a partir de acciones, lo denominado como acting-out (Gulati en Glickman y Hall, 2019).

Se añade además que esta privación lingüística que las niñas/os sordas pueden experimentar es desconocida entre los oyentes, esencialmente porque para que los niños oyentes vivencien el mismo nivel de privación lingüística cotidiana como les sucede a los niños/as sordos/as, requiere de extraordinarias condiciones de abuso y/o negligencia (Gulati en Glickman y Hall, 2019). Esta privación puede causar consecuencias sociales, emocionales, intelectuales y de otro tipo, aún a pesar de haber sido educados en programas diseñados para sordos, criados en hogares amorosos, tratados por especialistas, equipados con ayudas electrónicas de alta tecnología, educados en servicios especiales, fundamentalmente por la ausencia del aporte lingüístico temprano en la infancia.

A la hora de definir el término se aclara que se lo hace sabiendo que nadie cría a un niño sordo con la intención de privarlo de la posibilidad de desarrollar lenguaje, así como también reconoce que muchos padres oyentes tratan de brindar a sus hijos la mejor calidad de LS que les es posible y que está a su alcance, incluyendo el trabajo duro que implica

para ellos mismos aprenderla, y que muchas veces esto es más fácil decirlo especialmente en aquellos pueblos o localidades donde son escasos los recursos para aprenderla. Reconoce y celebra estos esfuerzos, pero destaca que la decisión sobre si exponer tempranamente a un niño sordo a la LS y cómo hacerlo debería depender en primera instancia del ámbito legal, la política educativa y la práctica social, siendo este fenómeno de privación lingüística de una gravedad que excede los deseos e intenciones de los padres en particular, fundamentalmente por su condición de permanente y previsible, basada en el hecho de que si la sociedad tuviera la intención y se organizara para ello se podría garantizar a la casi totalidad de niños sordos una base lingüística sólida a partir del acceso a su lengua natural como lengua primera (Gulati en Glickman y Hall, 2019).

El marco teórico-metodológico y ético-político presentado es un constructo que pretende entender a la sordera en la niñez desde su entramado, y destacar especialmente su complejidad, y la ausencia de reconocimiento de la misma por parte de las políticas universales de salud en la niñez que desconocen las singularidades y dejan en evidencia su fuerte desarticulación territorial.

## **Capítulo 3: Fundamentos metodológicos y diseño de investigación**

Este capítulo presenta los fundamentos metodológicos y el diseño de investigación que sustentan este estudio, detallando las decisiones adoptadas para la recolección, gestión y análisis de la información. Se describe el enfoque cualitativo elegido, que permite comprender los sentidos construidos en torno a la sordera y la LSU en la primera infancia desde una perspectiva situada e interpretativa, así como el diseño exploratorio-descriptivo que posibilitó abordar de manera profunda una temática aún poco visibilizada en la producción académica nacional. A su vez, se explican la población de estudio y los criterios de selección de los referentes institucionales, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos empleados, incluyendo entrevistas semiestructuradas que posibilitaron capturar las experiencias, interpretaciones y valoraciones de los profesionales en distintos ámbitos disciplinares.

El capítulo también expone las estrategias de análisis utilizadas para identificar patrones, tensiones, regularidades y omisiones en los discursos, articulando los hallazgos con los objetivos del estudio y con los marcos teóricos revisados. Asimismo, se presentan las consideraciones éticas que guiaron todo el proceso de investigación, enfatizando la protección de la confidencialidad, la voluntariedad de la participación y el valor social de la investigación, con el fin de garantizar que el conocimiento producido contribuya a la transformación de las prácticas institucionales y a la promoción de los derechos lingüísticos de las niñas sordas. En conjunto, estos apartados ofrecen un marco metodológico integral, que orienta la lectura de los distintos subapartados que se desarrollan a continuación.

### **3.1 Enfoque metodológico**

Este estudio se inscribe en el enfoque de investigación cualitativa, ya que apunta a comprender las construcciones simbólicas que se producen en los discursos y prácticas institucionales en torno a las niñas sordas, desde una perspectiva situada e interpretativa. Según Minayo (2006), la investigación cualitativa permite captar los significados atribuidos por los sujetos a sus acciones, relaciones y estructuras sociales, reconociendo que esos sentidos son construidos histórica y culturalmente. Este enfoque no persigue la generalización estadística, sino la comprensión profunda de fenómenos complejos, a partir del análisis contextualizado de las experiencias humanas, en diálogo permanente entre sujeto y objeto de conocimiento. Así, se busca interpretar las realidades sociales en su densidad simbólica, relacional y transformadora.

En esta línea, el trabajo se basó en un diseño de tipo exploratorio-descriptivo, lo que posibilitó indagar en profundidad una problemática aún poco abordada en la producción académica nacional, conformada por el lugar que ocupa la LS en la comunicación diagnóstica en la primera infancia. Tal como señala Galeano (2004), este tipo de diseño es especialmente útil cuando se busca obtener una primera aproximación a una temática compleja, sin pretensión de generalización, sino de comprensión situada.

El estudio se orientó a conocer e interpretar los sentidos que los referentes técnico-profesionales e institucionales otorgan a la LSU en el marco de la notificación diagnóstica, sus fundamentos y consecuencias, así como los efectos que estos discursos producen en la primera infancia sorda o con dificultades auditivas. En consonancia con la naturaleza cualitativa del estudio, el análisis se realizó a partir de una estrategia de análisis temático del discurso, con la finalidad de identificar regularidades, tensiones y omisiones en los modos de construcción de sentido sobre la LS.

### **3.2 Población de estudio y criterios de selección**

La población de estudio estuvo constituida por referentes institucionales vinculados a los campos de la salud, la educación y la academia, cuyas trayectorias inciden directa o indirectamente en la notificación diagnóstica de sordera o dificultades auditivas, y en los lineamientos institucionales que regulan esa práctica. Se trató de referentes que, desde sus funciones, intervienen en el proceso diagnóstico, el asesoramiento y la orientación a las familias de niños y niñas sordas, desde perspectivas y marcos disciplinares diversos.

En el diseño original del estudio se había proyectado incorporar también entrevistas a referentes profesionales de organizaciones de profesionales vinculadas al diagnóstico e intervención en niñeces en proceso de diagnóstico o ya con la confirmación de sordera profunda o dificultad auditiva. Sin embargo, no fue posible concretar estas entrevistas, debido a la falta de respuesta por parte de las instituciones que nuclean a los profesionales en cuestión, a pesar de múltiples intentos realizados por diferentes vías. Esta ausencia de respuesta fue analizada como un dato relevante en sí mismo, que puede estar reflejando una forma más sutil de desinterés institucional y profesional hacia la temática abordada, lo que refuerza una de las hipótesis del estudio en relación con el lugar marginal o subordinado que ocupa la LS en los procesos diagnósticos.

En cuanto a los criterios de inclusión, se definió la participación de personas que desempeñaran un rol institucional vigente en relación con la primera infancia sorda o con dificultades auditivas, tuvieran experiencia concreta en procesos de diagnóstico, orientación

familiar o formulación de lineamientos institucionales, y contarán con disponibilidad para participar voluntariamente de una entrevista individual.

No se establecieron criterios de exclusión a priori. Las personas fueron contactadas de forma individual, y una vez acordada su participación, se les proporcionó el consentimiento informado, que fue firmado antes de la realización de cada entrevista.

Es importante señalar que, por una omisión en el diseño del consentimiento informado, no se incluyó la mención explícita de que se haría referencia a la profesión o al lugar institucional desde el cual se emite el testimonio. Por este motivo, y a efectos de respetar el principio de anonimización, se optó por prescindir de esta información en el análisis de los datos, haciendo referencia únicamente al campo disciplinar desde el cual se produce el discurso (ámbito educativo, de la salud y académico).

Asimismo, si bien se cuenta con datos que permitirían realizar una caracterización sociodemográfica más precisa de las personas entrevistadas, no se consideró pertinente incluirlos, dado que no fueron utilizados en el análisis, y su divulgación podría comprometer la confidencialidad del estudio. Esta decisión fue coherente con el enfoque ético adoptado y con el principio de mínima exposición de las personas participantes.

### **3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La principal técnica utilizada en este estudio fue la entrevista individual semiestructurada, con un diseño flexible que permitió ajustar los ejes temáticos en función del perfil de cada referente entrevistado. Esta técnica fue seleccionada por su potencial para recuperar el punto de vista de los actores desde una lógica narrativa, relacional y situada (Kaufmann, 2011), lo que permitió indagar en profundidad los sentidos construidos en torno a la sordera, el lenguaje y la primera infancia desde diversas trayectorias institucionales y campos disciplinares.

El guión de entrevista se elaboró a partir de los ejes temáticos centrales del estudio, los cuales contemplaron las representaciones institucionales sobre el lenguaje, la comunicación y la sordera; las prácticas vinculadas a la notificación diagnóstica; las orientaciones brindadas a las familias de niños y niñas sordas; y el lugar asignado a la LS en la primera infancia.

Estos ejes orientaron la conversación, sin estructurarla rígidamente, posibilitando que emergieran temas no previstos inicialmente, en consonancia con el carácter abierto y exploratorio de la investigación cualitativa (Minayo, 2006).

Las entrevistas fueron grabadas en audio con consentimiento informado previo de las personas participantes, y posteriormente transcritas de forma completa para su análisis. Se realizaron en espacios físicos o virtuales acordados con cada referente, procurando siempre garantizar un clima de confianza, respeto y disponibilidad. Como señala Minayo

(2006), la investigación cualitativa exige del investigador un vínculo ético y sensible con los participantes, “creando un ambiente favorable para la comunicación” y asegurando “la protección de los derechos humanos” mediante el respeto a la autonomía, la confidencialidad y la voluntariedad (p. 90). Estos principios éticos y relacionales guiaron la planificación y ejecución de los encuentros.

La información recogida permitió construir un corpus discursivo denso y relevante, caracterizado por una alta reiteración de sentidos, conceptos y valoraciones. Esta recurrencia fue observable más allá de las diferencias institucionales o disciplinares, lo que posibilitó identificar una saturación teórica del material (Minayo, 2006), entendida no como una cuestión numérica, sino como la emergencia sostenida de representaciones significativas y compartidas en los relatos. En esta lógica, el cierre del trabajo de campo no respondió a un criterio de exhaustividad cuantitativa, sino a la consolidación de tendencias interpretativas consistentes, tal como lo establece la perspectiva cualitativa en ciencias sociales y salud.

La elección de esta técnica respondió, en suma, a la necesidad de explorar una problemática escasamente visibilizada, desde las voces de quienes intervienen directa o indirectamente en los procesos institucionales de diagnóstico y orientación en la primera infancia sorda. Las entrevistas no solo funcionaron como instrumento de recolección de datos, sino también como espacio de reflexión compartida, en el que se puso en juego el lugar simbólico y operativo que cada referente atribuye a la LS, y a las niñas que dependen de ella para ejercer su derecho a su lengua natural desde los primeros momentos de vida.

### **3.4 Estrategia de análisis de datos**

Para el análisis del material empírico se optó por una estrategia de análisis temático del discurso, en tanto permite identificar patrones de sentido compartidos, así como tensiones, disrupciones u omisiones relevantes en el corpus (Braun y Clarke, 2006; Vasilachis de Gialdino, 2006). Esta estrategia se vincula a una perspectiva interpretativa del discurso como práctica social situada, en la que los sentidos no están dados de antemano, sino que son construidos y negociados en el marco de relaciones de poder (Foucault, 1970; Wodak y Meyer, 2009).

El proceso de análisis implicó varias etapas: lectura integral del material, codificación inicial, identificación de unidades de sentido, agrupamiento en categorías emergentes, y

elaboración de núcleos temáticos que permitieran articular los hallazgos con los objetivos del estudio y con los marcos teóricos revisados.

### **3.5 Consideraciones éticas**

Este proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (expediente N.º 191175 - 00003458 - 23) y registrado en el Ministerio de Salud Pública (MSP) con el número N.º 9434082. Desde el inicio, se priorizó el cumplimiento de los principios éticos fundamentales para la investigación con seres humanos, garantizando que todas las personas entrevistadas otorgaran su consentimiento informado de manera libre y voluntaria, previo a la realización de las entrevistas, explicándoles claramente el objetivo de la investigación, su carácter confidencial, los derechos como participantes y las condiciones de uso de la información. Asimismo, se implementaron medidas para proteger el anonimato y la confidencialidad de los participantes, adoptando la decisión metodológica de omitir referencias directas al lugar institucional y al rol profesional de cada entrevistado, con el fin de preservar su identidad y evitar cualquier forma de exposición no autorizada.

La investigación se orientó también hacia un valor social, reconociendo su compromiso ético con las niñas sordas y sus derechos lingüísticos, asegurando que el conocimiento generado pudiera contribuir a la transformación de prácticas institucionales y a la incidencia en políticas públicas. En este marco, se prevé la difusión de resultados no solo en espacios académicos, sino también en organizaciones sociales, colectivos de familias y ámbitos de formación profesional, consolidando un enfoque ético, responsable y comprometido con la relevancia social de la investigación, y reforzando la centralidad de los derechos de las niñas sordas como eje transversal en todas las etapas del estudio.

## **Capítulo 4: presentación de los datos y análisis**

En este capítulo se desarrolla el análisis de contenido temático de los discursos producidos por referentes técnico-profesionales e institucionales en torno a la LS, en el marco de los procesos de diagnóstico, orientación y acompañamiento a familias con niñas y niños sordos en la primera infancia. El análisis se complementa con el tratamiento de fuentes secundarias, principalmente normativas y doctrinarias, que permiten interrelacionar los hallazgos con los marcos legales y los lineamientos ético-políticos vigentes.

La estrategia analítica se basa en el enfoque de análisis temático de contenido propuesto por Bardin (2002), que posibilita identificar códigos y construir categorías y subcategorías a partir de regularidades, oposiciones, omisiones y tensiones presentes en el corpus discursivo. El recorrido analítico no se limita a clasificar información, sino que apunta a reconstruir los sentidos en disputa, observando cómo se configura simbólicamente el lugar de la LS en el entramado institucional, técnico y subjetivo de las prácticas relevadas.

El capítulo se organiza en cuatro subapartados, que permiten abordar diferentes dimensiones del problema. En los primeros, se analizan las representaciones profesionales sobre la lengua, el lenguaje y la comunicación, identificando las formas en que estas concepciones inciden en la intervención temprana. Luego se abordan los efectos de la hegemonía del paradigma biomédico y audista en la configuración de las decisiones institucionales, la orientación a las familias y el lugar subordinado o residual que se asigna a la LS. Se presta particular atención a las ausencias de perspectiva de derechos y de desarrollo, así como a la escasa articulación entre el discurso profesional y la normativa vigente. Finalmente, se recuperan aquellas voces que, desde la práctica situada, comienzan a tensionar la matriz hegemónica y abren posibilidades para pensar otros modos de intervención algo más inclusivos, diversos y justos.

A lo largo del capítulo, se articula la información surgida de las entrevistas con conceptos centrales trabajados en los capítulos anteriores, como la distinción entre lengua, lenguaje y habla; el carácter estructurante del acceso a la lengua en el desarrollo infantil; y la noción de derecho lingüístico desde el nacimiento. También se analizan las decisiones profesionales en relación con lo protocolizado, observando en qué medida estas reproducen o interpelan el modelo dominante. En este sentido, se sostiene que las prácticas no son meramente técnicas, sino profundamente simbólicas, y que lo que se habilita o se niega en términos de lengua constituye una forma de definir qué infancia se reconoce y qué derecho se garantiza.

Este capítulo, entonces, se propone como el espacio donde la información empírica cobra densidad analítica, y donde el discurso profesional es interrogado no solo por lo que dice, sino por lo que implica en términos de justicia, desigualdad y posibilidad de transformación.

#### **4.1 La indiscriminación conceptual entre lenguaje, lengua y habla en la práctica institucional**

El análisis de los datos producidos tanto en el contexto de las entrevistas a los y las referentes técnico-profesionales e institucionales involucrados, como en el tratamiento de

fuentes secundarias, permite comenzar a acercarnos a una comprensión del lugar simbólico y objetivo que se le otorga a la LS en la primera infancia.

En este sentido, la discriminación conceptual entre lenguaje, lengua y habla se entiende como fundamental para comenzar a ordenar el análisis de los datos y abordar el problema de investigación. Este se presenta ante el escenario de incompatibilidad lingüística en el que se encuentran el 91% de los niños sordos, dado que nacen en familias oyentes, las que a su vez no tienen conocimiento previo sobre la sordera ni sobre la LS (Mitchell y Karchmer, 2004; Meadow-Orlans, Spencer y Koester, 2004), enfrentando así múltiples barreras desde el nacimiento o en sus primeros años de vida para el ejercicio pleno de sus derechos. Es crucial establecer un marco conceptual, terminológico e ideológico claro que permita problematizar estos lugares simbólicos y objetivos de manera ética y respetuosa en términos de derechos.

Según Marta Schorn (2012) existen diferentes posturas lingüísticas desde las que se comprenden estas nociones, que van desde el nativismo, donde se sostiene que la capacidad de hablar es un acto con el que se nace; pasando por el empirismo, desde el que se considera que el aprendizaje de la lengua está dado exclusivamente por la imitación de los adultos que le rodean, donde priman los factores externos o adquiridos; hasta finalmente llegar a las teorías interrelacionistas, desde las que se concibe al lenguaje como un producto tanto de factores innatos como adquiridos, dependiente de impulsos tanto internos como externos.

Desde esta última perspectiva Vigotsky (1934) enfatiza la interdependencia entre los procesos psicológicos individuales y las estructuras socioculturales. Su perspectiva dialéctica y sociohistórica ubica al lenguaje como una función psíquica superior que emerge a partir de la interacción social y que, a su vez, reorganiza las funciones psicológicas individuales, dejando en evidencia el claro nexo entre lenguaje y pensamiento.

Según Chomsky (1965) el lenguaje es una capacidad cognitiva humana que permite la comunicación y la estructuración del pensamiento, así como un fenómeno sociocultural profundamente ligado a las interacciones y las experiencias de los individuos dentro de su contexto. Es una facultad innata que según Alisedo (2009) le permite al niño apropiarse del sistema lingüístico de su entorno gracias a los nexos interactivos que el contexto le propone, en caso de que estos sean accesibles.

Por otra parte las lenguas son sistemas de signos, o sistemas verbales, compartidos por una comunidad lingüística, cuyos significantes en las lenguas orales se apoyan en una materialidad acústica, y en las LS en una materialidad viso-espacial (Peluso, 2007). Según Schorn (2012) la lengua no es algo que viene con el sujeto, es la puesta en acto del lenguaje, y está sujeta a leyes gramaticales lógicas y sociales, a la vez que, al decir de Levin (2000), se estructura en la niñez en la situación dialógica con otros.

En los discursos de las y los referentes entrevistados, así como en la revisión documental, fundamentalmente en aquellos documentos vinculados a salud, se evidencia una clara indiscriminación y homologación entre estos términos, con una recurrente utilización del término lenguaje para referirse a lengua, así como también la referencia al lenguaje como algo que puede ser adquirido.

La lengua de señas es un idioma, es un lenguaje. El lenguaje, el 90% del conocimiento nos entra por el lenguaje, sea por la audición o sea por la lengua de señas, porque haces el pensamiento a través de lo que aprendiste con un lenguaje que te transmitieron. (E8, referente institucional del ámbito sanitario)

y ahí tenés dos cosas, si tenés un niño hipoacúsico que podría adquirir lenguaje oral, pero sus padres ninguno de los dos tiene lenguaje oral (E1, referente institucional del ámbito sanitario)

El nene tiene dos años, ¿cuánto tiempo más lo vamos a tener sin hablar, sin tener un lenguaje compartido con otro? (E6, referente institucional del ámbito educativo)

Las políticas públicas y documentos oficiales vinculados a la salud refuerzan la idea de que el lenguaje es lo que se adquiere condicionado además a la estimulación auditiva durante los primeros meses de vida, lo que se expresa en la urgencia de realizar intervenciones tempranas para evitar retrasos en el desarrollo comunicativo. En este sentido, el MSP (2017) reconoce que la sordera en los primeros seis meses puede afectar significativamente el desarrollo del habla y el lenguaje oral, nuevamente denotando la indiscriminación conceptual entre lenguaje y lengua, planteando así una línea de acción basada en la detección y rehabilitación precoz.

En consonancia, el Fondo Nacional de Recursos (2023) destaca que la implantación coclear temprana, realizada durante el período crítico para la “adquisición del lenguaje”, facilita la identificación de sonidos y el entendimiento del “lenguaje hablado”, favoreciendo la escolarización y la integración social del niño. Estas perspectivas, aunque apuntan a garantizar el acceso la LO, tienden a homogeneizar la noción de lenguaje y a subestimar la relevancia de la LS como sistema lingüístico pleno y accesible desde el nacimiento para quienes tienen dificultades auditivas.

En el primer fragmento de entrevista se menciona que “el 90% del conocimiento nos entra por el lenguaje”, lo que denota una visión del lenguaje como herramienta de acceso al conocimiento no distinguiéndolo como capacidad humana general y facultad cognitiva en particular, que se desarrolla a partir del contacto con lenguas accesibles como sistemas estructurados con gramática propia, a través de las que accedemos a la información y a la posibilidad de construir conocimiento.

Se observa con unanimidad la confusión entre los términos “lenguaje” y “lengua”, así como la tendencia a referirse al habla como un “lenguaje compartido”. Esta última noción contrasta con la definición de Saussure (1916), quien entiende el habla como un acto individual, caracterizado por la libertad de combinar los elementos de un sistema lingüístico previamente adquirido. Es decir, el habla constituye la expresión concreta del mensaje por parte del hablante, a partir del sistema que conoce, la lengua.

Aunque Saussure (1916) distingue la lengua como un sistema social esencial y el habla como su manifestación individual y accesoria, ambos conceptos son interdependientes. La lengua permite que el habla sea comprensible y produzca efectos comunicativos, mientras que el habla contribuye al dinamismo, evolución y mantenimiento de la lengua. Este intercambio constante es posible gracias a las capacidades perceptivas innatas del ser humano para procesar lenguas y desarrollar el lenguaje (Pérez Pereira, 1999; Vigotsky, 1934/1995), siempre que la lengua en cuestión sea plenamente accesible desde el nacimiento. Es decir, que esté disponible en un canal sensorial compatible con las características psicofisiológicas del sujeto.

En este sentido las nociones de accesibilidad y compatibilidad lingüística se vinculan directamente con el concepto de lengua natural, cuya característica fundamental según Peluso (2010), es que su adquisición no requiere ser pedagogizada. Chomsky (1986) la describe como cualquier sistema lingüístico que ha evolucionado espontáneamente en una comunidad humana, caracterizándose por su estructura gramatical compleja y su capacidad para generar significado en un contexto comunicativo (Pinker, 1994).

la adquisición del lenguaje, la oralización, es un trabajo arduo para el niño, el desarrollo, la conexión neuronal, el crear las áreas del lenguaje. (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

Esta afirmación revela un doble conflicto conceptual, dado que el lenguaje como función no es posible de ser adquirido, a la vez que se refiere un trabajo arduo que debe realizar el niño para poder acceder a la LO, por lo que entonces no se podría hablar de lengua natural.

En Uruguay, la LSU ha sido reconocida legalmente como lengua natural de la comunidad sorda a través de la Ley N.º 17.378 (2001), cuyo artículo 1 establece:

"Se reconoce a todos los efectos a la Lengua de Señas Uruguaya como la lengua natural de las personas sordas y de sus comunidades en todo el territorio de la República. La presente ley tiene por objeto la remoción de las barreras comunicacionales y así asegurar la equiparación de oportunidades para las personas sordas e hipoacústicas." (Ley N.º 17.378, 2001, art. 1).

Posteriormente, la Ley General de Educación N.º 18.437 (2008) reafirma su estatus al incluir la LSU dentro de las lenguas maternas presentes en el país:

"La educación lingüística tendrá como propósito [...] la consideración de las diferentes lenguas maternas existentes en el país (español del Uruguay, portugués del Uruguay, lengua de señas uruguaya) y la formación plurilingüe a través de la enseñanza de segundas lenguas y lenguas extranjeras" (Ley N.º 18.437, 2008, art. 40, num. 5).

Se puede apreciar que en uno y otro marco normativo se utilizan los términos lengua natural y lengua materna, y aunque parecen estar refiriéndose a lo mismo, se detecta en los discursos de los referentes entrevistados, nuevamente una clara confusión respecto de estos conceptos claves en interrelación con los de lenguaje, lengua y habla, que resulta esencial ordenar para seguir profundizando en la comprensión del problema de investigación.

Los padres no tenían lenguaje, no hablaban nada, unos padres amorosos, divinos pero no hablaban, ese niño no iba a escuchar nunca una palabra. (...) No va a ser su lengua natural. (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

Pero el lenguaje natural del sordo no es el habla, porque aunque pudiera hablar perfectamente, no puede hablar porque no puede oír, y al no poder oír no aprende a hablar (E8, referente institucional del ámbito sanitario)

Ahora, la lengua de señas, si los papás no son hablantes de lengua de señas, no son usuarios de lengua de señas, la tienen que aprender. Entonces la naturalidad con la que se da esa comunicación no es igual. Es aprendida. (E10, referente institucional del ámbito académico)

Desde una perspectiva psicolingüística, lengua materna suele referirse a la primera lengua adquirida en la infancia dentro del entorno familiar, desempeñando un papel central en la identidad lingüística y cultural del individuo (Grosjean, 2010). En la mayoría de los casos, lengua materna y lengua natural coinciden; sin embargo, en el caso de las infancias sordas nacidas en familias oyentes la lengua de los cuidadores primarios suele, mayormente, no ser accesible para el niño o niña sorda, lo que implica que no tenga acceso inmediato y fluído ni a su lengua natural ni a la lengua hablada en su hogar. Lo que no quiere decir que su capacidad de desarrollar lenguaje, y por ende de hablar, quede

supeditada exclusivamente a su posibilidad de oír o escuchar, como refieren los referentes institucionales entrevistados.

Desde una perspectiva sociolingüística y política, esta distinción entre lengua materna y lengua natural adquiere especial relevancia, pues en comunidades oyentes ambos términos tienden a solaparse. Mientras que en la experiencia de las personas sordas pueden entrar en conflicto, dado que no solo la lengua materna puede no ser accesible, sino que la lengua natural que les permitiría un desarrollo lingüístico pleno muchas veces no está disponible en su entorno inmediato. Esta situación ha sido identificada como una forma estructural de desigualdad lingüística, en tanto niega el acceso temprano a una lengua plenamente adquirible por vía viso-gestual, generando condiciones de privación lingüística con efectos profundos en el desarrollo subjetivo, cognitivo y relacional (Hall, 2017; Skliar, 2005). Como plantea Skliar (2005), cuando se impide el contacto temprano con una lengua accesible, se restringe no solo el derecho a la comunicación, sino el derecho a habitar una lengua desde el nacimiento, lo cual constituye una forma de violencia simbólica y epistémica que afecta de modo estructural a las infancias sordas.

Por otra parte, algunos autores argumentan que la lengua materna no debe definirse exclusivamente por su uso en el hogar, sino por ser la lengua que el individuo adquiere plenamente y utiliza con fluidez (Mayberry, 2007). Desde esta perspectiva, la LS se considera además de lengua natural, lengua materna de los niños sordos, ya que es la única lengua a la que pueden acceder de manera espontánea si tienen acceso temprano a ella.

Desde la neurociencia del lenguaje, estudios de neuroimagen han demostrado que todas las lenguas naturales, ya sean orales o de señas, activan áreas cerebrales específicas como el área de Broca y el área de Wernicke (Petitto et al., 2000); que la exposición temprana a una lengua natural, ya sea oral o señada, es crucial para el desarrollo de habilidades lingüísticas y cognitivas complejas (Newport, 1990) y que la adquisición de una LS en los primeros años de vida activa las mismas áreas cerebrales implicadas en la adquisición de lenguas orales, lo que también se adiciona a los refuerzos de su estatus como lengua natural (MacSweeney et al., 2008). Esto en la actualidad continúa solidificando los argumentos lingüísticos de Stokoe (1960) que confirman el status lingüístico de las LS como sistemas plenamente estructurados que se han transmitido de generación en generación entre personas sordas, que no derivan de las lenguas orales, sino que emergen de una necesidad natural de comunicación entre quienes utilizan el canal espacio-visual como vía lingüística primaria (Quadros, 1997).

El desarrollo principal en los primeros meses de vida no es por la voz, o por la lengua oral, es por el lenguaje gestual y por la comunicación no verbal. (E3, referente institucional del ámbito sanitario)

Y la gestualidad está presente en todos nosotros desde el vamos. Y eso es lo que vos apuntas a una gestualidad. (E10, referente institucional del ámbito académico)

Estas afirmaciones se alinean con enfoques del desarrollo infantil que destacan que la emergencia de la comunicación no depende exclusivamente de la audición ni del acceso a una LO, sino que se configura desde los primeros vínculos a través de la interacción social, el gesto, el cuerpo y el intercambio afectivo, es decir, mediante prácticas comunicativas corporizadas que anteceden y sostienen el lenguaje expresivo (Vigotsky, 1934/1995; Ferreiro, 2000). Desde esta perspectiva, la comunicación temprana es entendida como una experiencia intersubjetiva que puede adoptar distintas formas lingüísticas y expresivas, según la disponibilidad de lenguas accesibles y la responsividad del entorno.

Sin embargo, la gestualidad y la comunicación no verbal no constituyen una lengua con una estructura gramatical que habilite plenamente el desarrollo de la función lingüística, aunque contribuyen significativamente a la comunicación. En el caso de los niños y las niñas sordas o con dificultades auditivas en sus primeros años de vida, este proceso ocurre de manera natural a través de la LS, siempre que tengan acceso fluido a ella desde una edad temprana (Mayberry, 2007).

La ausencia de una diferenciación conceptual clara no es un mero problema terminológico, sino que tiene implicancias directas en la manera en que los referentes técnico-profesionales e institucionales posicionan a la LS en el contexto de la comunicación diagnóstica. Desde un análisis comprensivo, la tendencia a utilizar los términos "lenguaje" y "lengua" de manera intercambiable refuerza una visión en la que la LS no es comprendida como una lengua natural y legítima, sino como un recurso más dentro de un repertorio de estrategias comunicacionales.

Esta representación simbólica repercute en las prácticas de orientación a las familias, como se desprende de la siguiente afirmación:

Si los padres quieren incorporar la lengua de señas, pueden hacerlo como complemento, pero lo ideal es que el niño tenga una base de lenguaje oral, porque eso le va a abrir más oportunidades. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Desde una perspectiva de derechos lingüísticos, esta afirmación implica una jerarquización entre la LO y la LS, en la cual esta última es presentada como opcional o secundaria. Esta jerarquización no solo es reflejo de la indiscriminación conceptual

previamente analizada, sino que refuerza la idea de que la LS no es vista como un derecho lingüístico de las personas sordas, sino como una herramienta adaptable a conveniencia, o incluso en algunos casos entendida como perjudicial, como una interferencia que podría retrasar la adquisición de la LO.

Yo no estoy tan segura si en etapa del desarrollo, eemm, aprender las dos cosas, que las dos sean lenguas madres, no? Estemm, eso no es beneficio. Yo no lo sé eso. No hay estudios que muestren si eso retrasa la adquisición del lenguaje o no. Porque de verdad que no existe. Existe el sordo que hace lenguaje de señas, o el oyente que de adulto aprende lengua de señas. Sí tenemos niños sordos profundos implantados que sus padres son sordos, sordos, y ellos son los traductores de los padres. Se oralizaron, tienen lenguaje hablado, y además tienen lenguaje de señas. Este, pero es un sordo. (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

Hay estudios, no? Y hay bibliografía y estudios con evidencia en varios lados que dice que cuando vos buscas oralidad, sobre todo cuando el niño es candidato a implante, que buscas una oralidad como normoyente, este, la lengua de señas de por sí retrasaría la adquisición del lenguaje oral. Eso es lo que dicen los estudios. (E10, referente institucional del ámbito académico)

Los datos analizados evidencian que la indiscriminación conceptual entre lenguaje, lengua, habla, lengua natural y lengua materna no constituye únicamente un problema semántico, sino que se trata de un fenómeno epistemológico y cognitivo que refleja estructuras de pensamiento profundamente arraigadas. Estas operan a nivel de las representaciones lingüísticas y de las creencias implícitas en los discursos técnico-profesionales, condicionando el posicionamiento frente a la sordera y frente a la LS en el marco de la comunicación diagnóstica. Como han señalado Makoni y Pennycook (2007), las categorías lingüísticas no son neutras, son construcciones históricas y políticas que delimitan qué se considera una lengua legítima y cuál es su función en los procesos de desarrollo cognitivo y comunicativo.

Desde esta perspectiva, la indiscriminación conceptual entre lenguaje (como función psicológica superior), lengua (como sistema estructurado) y habla (como manifestación individual) favorece la construcción de una representación social que minimiza las particularidades del desarrollo lingüístico de las niñas sordas, y puede contribuir directamente a la invisibilización de la situación de incompatibilidad lingüística que enfrentan al nacer en hogares oyentes. Esta omisión implica no reconocer sus necesidades psico-fisiológicas de accesibilidad lingüística, y por ende, también sus derechos lingüísticos y culturales. Tal invisibilización produce representaciones imprecisas sobre su desarrollo

lingüístico y puede traducirse en intervenciones profesionales que no contemplan el acceso temprano a una lengua natural y plenamente accesible como la LS.

En consecuencia, se debilita el reconocimiento del estatus lingüístico de la LS como lengua natural. Desde un análisis discursivo, esta confusión conceptual permite que la LS continúe subordinada a la LO como parámetro de normalidad, manteniéndose una jerarquía lingüística que valora a la LS solo en ausencia de la posibilidad de oralizar, y no por su propia estructura gramatical ni por su funcionalidad comunicativa.

En el campo específico de la comunicación diagnóstica, esta indiscriminación facilita la persistencia de enfoques que ubican el desarrollo del lenguaje exclusivamente en el acceso al sonido y al habla, priorizando la LO como vía privilegiada y muchas veces única. Esta perspectiva, al desconocer el estatuto lingüístico pleno de las LS y su valor como lenguas naturales y accesibles para las personas sordas desde los primeros meses de vida, restringe gravemente la posibilidad de una exposición temprana a la lengua visogestual, especialmente en los entornos familiares y educativos.

Estudios recientes han demostrado que la privación lingüística en los primeros años de vida, derivada de la falta de acceso a una lengua plenamente accesible, puede tener efectos severos y persistentes en el desarrollo cognitivo, emocional, comunicativo y académico de las infancias sordas (Hall, 2017; Humphries et al., 2019; Lillo-Martin et al., 2021). Esta evidencia respalda la afirmación de que el acceso tardío o condicionado a la LS no solo compromete el desarrollo lingüístico, sino que vulnera derechos fundamentales y perpetúa desigualdades estructurales. Por ello, se vuelve imprescindible analizar críticamente las bases epistémicas de estas prácticas y avanzar hacia modelos que reconozcan y garanticen el derecho a una lengua natural accesible desde el inicio, en coherencia con los marcos internacionales de derechos lingüísticos, inclusión y desarrollo infantil integral.

#### **4.2 El dispositivo diagnóstico como productor de sentidos**

A partir del análisis desarrollado en el subcapítulo anterior, quedó en evidencia que la indiscriminación conceptual entre lenguaje, lengua y habla no es una mera imprecisión semántica, sino una construcción epistemológica que articula un marco de comprensión de la sordera y sus intervenciones. Esta confusión conceptual se configura como una matriz que posibilita la creación de sentidos y prácticas que influyen en las maneras de concebir a la sordera en la niñez y también en las respuestas institucionales ante su detección.

Siguiendo el enfoque cualitativo adoptado, se entiende que los discursos analizados operan dentro de un entramado ideológico donde los significados atribuidos a la sordera, al lenguaje y a la intervención temprana no son neutros ni universales, sino que son

construcciones sociales, que al decir de de Souza Minayo (2009), deben comprenderse a partir de los sentidos que los actores sociales les otorgan, ya que estos sentidos se construyen histórica y culturalmente en contextos determinados, y no pueden ser comprendidos de forma aislada de las relaciones de poder, los valores y las creencias que los atraviesan.

En este apartado se busca comprender cómo ciertas formas de concebir y conceptualizar la sordera, que reducen el desarrollo lingüístico de las niñas sordas al acceso al sonido y al entrenamiento del habla en LO y de la lectura labial, impactan directamente en las prácticas institucionales, moldeando tanto las trayectorias lingüísticas, sociales y subjetivas de los niños y niñas como sus experiencias cotidianas.

Si bien no se desconoce la relevancia de los avances tecnológicos en el acceso a dispositivos auditivos ni el valor de las intervenciones clínicas y terapéuticas, esta investigación se inscribe en una perspectiva que, en consonancia con las declaraciones internacionales de consenso, considera que estas tecnologías y abordajes deben formar parte de un enfoque comprensivo, centrado en el niño y respetuoso de sus derechos lingüísticos.

El Principio 6 del Consenso Internacional sobre Intervención Temprana en niños y niñas sordas o con dificultades auditivas Centrada en la Familia afirma que los profesionales deben estar calificados para emplear tecnologías de asistencia y medios de comunicación que optimicen el desarrollo lingüístico del niño, sin restringirlo exclusivamente al canal auditivo, sino considerando una gama de recursos comunicativos disponibles (Moeller et al., 2013). La versión actualizada de esta declaración refuerza la importancia de garantizar el acceso temprano a una lengua natural, incluyendo explícitamente la LS, y de asegurar que las decisiones familiares estén basadas en información completa, ética y culturalmente sensible, superando enfoques exclusivamente médicos o rehabilitadores (Moeller, Holzinger y Knoors, 2024).

Este posicionamiento también encuentra respaldo en la Declaración de Derechos de los Niños Sordos de la WFD, que sostiene que la exposición temprana a la LS es un derecho fundamental para el desarrollo cognitivo, emocional y lingüístico de los niños sordos, y que debe ofrecerse en paralelo a las tecnologías auditivas, no como sustituto ni como último recurso (WFD, 2016).

En esta línea, el propósito de esta investigación es develar los supuestos teóricos, ideológicos y normativos que sustentan los aportes clínicos y tecnológicos cuando se implementan de manera excluyente o unidimensional, e interrogar sus implicancias en las políticas públicas, las prácticas institucionales y las experiencias de vida de las niñas sordas y sus familias. Para ello, es necesario situar estas prácticas dentro de una genealogía de pensamiento que excede el ámbito biomédico y que se inscribe en formas

históricas de intervención sobre los cuerpos y las diferencias, en general, y sobre la sordera en particular, que persisten y coexisten en la actualidad, moldeando las condiciones para el desarrollo integral de las niñas sordas.

Y ahí en realidad uno ya estaría en la sospecha con alta probabilidad de dificultad en la audición y comienza un proceso de alguna manera de derivación en la especialista y la posibilidad de equipar a estas personas. (E3, referente institucional del ámbito sanitario)

despistar otras enfermedades que son obligatorias y entre ellos despistar la pérdida auditiva. (...) O sea, hay un sistema de despistaje obligatorio en Uruguay, ¿verdad? La idea es despistar de la forma lo más temprana posible antes de la adquisición del lenguaje, el lenguaje oral, el más usado (E5, referente institucional del ámbito académico)

Pero ahí cuando existe una confirmación de alteración, sí existe y es un acompañamiento de un equipo, que queda el otorrinolaringólogo, el especialista médico, la licenciada en fonoaudiología, que son de alguna manera las dos personas que funcionan más a par y trabajan juntos en el acompañamiento. (E3, referente institucional del ámbito sanitario)

lo que se intentó fue que no se quedara la cuestión en el diagnóstico, no solo para la hipoacusia, sino para cualquier otro problema, o varios de los otros problemas de desarrollo (E7, referente institucional del ámbito sanitario)

En líneas generales, se observa que la sordera es definida y comprendida mayoritariamente como una anomalía sensorial, una alteración, un problema de salud o del desarrollo que implica una pérdida, ausencia o falla del sentido de la audición que interrumpe el desarrollo “normal” que se concibe vinculado a la LO, entendida como la única condición de posibilidad para el desarrollo del lenguaje y por ende de la comunicación, el aprendizaje y la inclusión social (MSP, 2017). Por lo que el diagnóstico precoz y la rehabilitación temprana están orientadas exclusivamente a restaurar este sentido a través “equipamiento auditivo (audífonos) a los 6 meses de vida, el Implante Coclear alrededor del año de vida y la estimulación del lenguaje con fonoaudiólogo.” (MPS, 2017, p.7)

Lo antes posible, antes que desarrollen todo lo que es el desarrollo del lenguaje, o sea, la idea es siempre tratarlo. Una vez diagnosticado, una vez tratado, ese es el eslogan, ¿no? (E5, referente institucional del ámbito académico)

En este sentido, se observa un claro determinismo auditivo en que el desarrollo del lenguaje se concibe exclusivamente ligado a la capacidad de oír, lo que refuerza un sesgo fonocentrista y desestima otras modalidades lingüísticas como la LS.

El enfoque de derechos humanos desde el que se lleva a cabo esta investigación, sitúa este determinismo en territorio de lo que Agustina Palacios (2008, 2012) denomina el modelo médico-rehabilitador.

Los modelos de discapacidad son marcos explicativos que orientan no sólo la forma en que se entiende la diversidad funcional, sino también los dispositivos de intervención que se despliegan en consecuencia. Tal como señala Palacios (2012), no se trata de teorías cerradas ni mutuamente excluyentes, sino de esquemas ideológicos que coexisten y se tensionan en las prácticas. En este sentido se entiende esencial considerar los aportes de la perspectiva social y de derechos de la discapacidad, impulsada por organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (2006) y adoptada por normativas nacionales, como la Ley N.º 18.651 de Protección Integral de Personas con Discapacidad en Uruguay.

Este enfoque se articula con la CDPD, ratificada en Uruguay mediante la Ley N.º 18.418 de 2008, en la que se reconoce de forma explícita los derechos de las personas sordas, incluidos los niños y niñas, a utilizar su lengua natural, la LS, como medio legítimo de comunicación, educación y participación social. En particular, su artículo 24 establece la obligación de garantizar una educación inclusiva y bilingüe para niños y niñas sordas, reconociendo el acceso a la LS desde la primera infancia como un derecho humano fundamental, esencial para el desarrollo lingüístico, cognitivo y social, así como para el ejercicio pleno de la ciudadanía.

Desde estas perspectivas el asunto no radica en la deficiencia o variación corporal en sí misma, sino en las formas en que las sociedades organizan, interpretan y responden a dicha diversidad (Brogna, 2009; Bersanelli, 2014). Es decir, lo discapacitante no está en el cuerpo, sino en las barreras físicas, actitudinales, comunicacionales e institucionales que impiden el reconocimiento pleno de derechos y su consecuente garantía. Esta mirada denuncia que las políticas públicas, los sistemas educativos y sanitarios, e incluso los lenguajes técnicos, frecuentemente reproducen formas de exclusión al centrar su intervención en la "normalización" del cuerpo en lugar de transformar las condiciones sociales que producen desigualdad.

porque en realidad nosotros lo que sí priorizamos siempre, nosotros somos socios con salud, entonces vamos a seguir sus lineamientos, ¿tá? (...) nosotros nunca, nunca vamos a ir en contra de lo que salud indique, ¿tá? Porque primero que es nuestro primer socio y segundo que se entiende que son ellos los que desde salud

saben lo que es mejor para el niño ¿tá? (E6, referente institucional del ámbito educativo)

También hubo un período en que se implantaba uno y al tiempo el otro, ahora se trata de implantar los dos, porque por algo tenemos dos oídos para que le integre el cerebro mejor la información, entonces lo ideal sería implantar los dos, para que le entre la entrada por los dos oídos como tenemos normalmente nosotros cuando escuchamos. (E1, referente institucional del ámbito sanitario)

Pero si fuera específicamente un niño normal por lo demás y que, ponele, tuvo una... tuvo un conflicto de grupo severísimo, tiene riesgo auditivo seguro. Bueno, ahí (...) nosotros lo vamos a seguir, vamos a volver a citarlo, vamos a ver cómo le dan los potenciales auditivos, vamos a hablar con los fonaudiólogos, ¿me explico? (E4, referente institucional del ámbito académico)

(...) vamos a diagnosticar al niño y vamos a ponerle el tratamiento que corresponda, y reinsertar al niño como un normo-oyente en la sociedad. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Desde el modelo médico-rehabilitador, la deficiencia o alteración del cuerpo individual debe ser primero que nada abordada y coordinada centralmente desde el ámbito de la salud, compensada mediante tratamientos clínicos, dispositivos tecnológicos o programas de rehabilitación. Este enfoque centra su mirada en la "normalización" funcional, entendiendo según el MSP (2017) a la sordera en sí misma como la interferencia con el desarrollo del habla, sin considerar suficientemente los factores sociales, comunicacionales y culturales que condicionan el desarrollo y la participación de las personas.

O sea que el bebé cuando ya se detecta la pérdida auditiva, vamos a ponerle que más o menos entre unos estudios y cosas, tenga unos tres meses más o menos, ya podría contactarse y empezar a orientar a los padres cómo estimular al hijo. Y ponerse el audífono a los cinco meses, más o menos seis, y entonces ya empezar a escuchar algo, y ya empezar a trabajar cada quince días más o menos, tener una consulta y ir guiando a los padres. (...) Los hijos de padres oyentes, que los padres hablan, se los orienta para estimular cantarle, hablarle, mirarlo de frente, hay un montón de indicaciones. (E1, referente institucional del ámbito sanitario)

La sordera, bajo este paradigma, es una patología que debe corregirse, y el éxito de la intervención se mide por la capacidad exclusivamente del niño o niña de integrarse al mundo oyente a través del habla en LO y la lectura labial, desconociendo la situación de

incompatibilidad lingüística que se da desde el momento de su nacimiento en su hogar, su cotidianeidad más inmediata.

A partir de los discursos relevados, es posible afirmar que dicho modelo no solo organiza la lógica institucional de detección, diagnóstico y tratamiento de la sordera, sino que configura un sentido común profesional en el cual la LS aparece desplazada o directamente ausente. La recuperación o la instauración de la audición mediante tecnología se erige como la única vía legítima para el desarrollo lingüístico, y en consecuencia, la sordera es tratada exclusivamente como una barrera biológica a superar.

y lo que se hace es rápidamente una vez que el niño chiquito está diagnosticado, implantarlo. Implantarlo mucho antes de que él logre desarrollar, como decís vos, una comunicación con los padres. Porque hasta ese momento no sabemos el grado de pérdida auditiva, entonces el estímulo auditivo tiene que darse igual. (...) Y como hoy el implante se coloca rápidamente, no hay necesidad de que vos tengas que explicarle a la mamá cómo tiene que comunicarse con el niño. No le dan los tiempos de aprendizaje de otro lenguaje (E5, referente institucional del ámbito académico).

Este posicionamiento contribuye a invisibilizar las condiciones estructurales que obstaculizan el acceso temprano a una lengua natural viso-gestual como LS, así como las dimensiones subjetivas, identitarias, culturales y de derechos que acompañan la experiencia sorda. Al mismo tiempo, promueve una representación homogénea de las trayectorias de desarrollo, en la que el éxito se mide según la inserción en la norma auditiva.

En este marco, se apela a la rapidez como criterio central, desdibujando la noción de intervención temprana u oportuna que permita a las familias procesar la información, comprenderla y adaptarse a la condición de su hijo o hija según sus posibilidades. Esta mirada entra en tensión con lo que plantea el primer principio fundamental de la versión actualizada del consenso internacional sobre intervención temprana centrada en la familia de niños sordos o con dificultades auditivas (Moeller, Holzinger y Knoors, 2024), que enfatiza la necesidad de un acompañamiento respetuoso de los tiempos y necesidades familiares. Asimismo, en los discursos de referentes analizados hasta ahora suele omitirse el lugar de las familias y sus derechos en este proceso doblemente complejo de asumir la sordera o dificultad auditiva de su hijo o hija, y tomar decisiones informadas al respecto, en un contexto donde frecuentemente se presenta una única opción o recomendación posible.

En este contexto, la categoría de modelo médico-rehabilitador resulta clave para entender las decisiones institucionales, las formas de comunicar el diagnóstico, las expectativas depositadas en las tecnologías y las narrativas profesionales sobre el lenguaje. A la vez que abre el campo de la interpretación discursiva para poder detenernos sutilmente

en otros aspectos claves de la intervención que tienen que ver con la temporalidad y urgencia de las mismas, la centralidad del equipamiento tecnológico y la estimulación del lenguaje desde una perspectiva oralista, y la disyunción entre intervención médica y acceso a lengua natural.

#### **4.2.1 Diagnóstico precoz y atención temprana**

Uno de los elementos más reiterados en los discursos de los/as referentes entrevistados/as refiere a la necesidad de actuar con rapidez frente a la sospecha o confirmación de hipoacusia. La premisa central es que cuanto antes se actúe, mejores serán los resultados en el desarrollo del lenguaje. Esta lógica de intervención urgente se articula con la existencia de protocolos nacionales de pesquisa auditiva neonatal y con un enfoque preventivo centrado en el diagnóstico precoz y la rehabilitación temprana.

Una vez que el diagnóstico está confirmado, y que tenemos un umbral auditivo (...) con un audífono pasa enseguida al programa de implantes cocleares. (...) En ese sentido tratamos de ahorrarle tiempo a los pacientes (E2, referente institucional del ámbito sanitario).

El niño una vez que se detecta, a los seis meses la meta es ponerle el audífono [...] quizás se está poniendo a los cinco meses (E1, referente institucional del ámbito sanitario).

El screening está hecho para recién nacidos, para arrancar de cero y para poner implantes cocleares (E8, referente institucional del ámbito sanitario).

Este énfasis en la intervención acelerada parece responder a una concepción lineal y homogénea del desarrollo infantil, en la que los tiempos biológicos y sociales de cada niño o niña son subordinados a los tiempos institucionales de los tratamientos planteados. La temporalidad que se impone es la de los procedimientos técnicos, ya que se equipara la detección con la acción, y el éxito de la intervención con su precocidad. Tal como advierte Palacios (2012), esta lógica sitúa el riesgo no en las barreras sociales o lingüísticas, sino en la demora del tratamiento médico, reforzando una noción de “ventana de oportunidad” que, si se desaprovecha, traería consecuencias negativas irreversibles.

Además, esta temporalidad acelerada contribuye a configurar una escena diagnóstica donde la angustia de las familias y la presión por tomar decisiones inmediatas se intensifican, sin que existan necesariamente espacios sostenidos de acompañamiento o

deliberación. La intervención se vuelve urgente no solo por motivos clínicos, sino también por la promesa de “normalidad” que ofrece:

El hecho de tener una herramienta de screening nacional y obligatoria hace que los niños (...) rápidamente se les ponga un audífono o rápidamente vean si es candidato a implantar o no (E5, referente institucional del ámbito académico).

Si vos no lo equipás en esos primeros momentos, no tenés buenos resultados después. Entonces se pierden tiempos (...) no es lo mismo equipar a un bebé a los 6 meses al año, que equiparlo a los 2, 3. Ahí ya no tenés un normoyente (E10, referente institucional del ámbito académico).

Como puede observarse, esta forma de concebir la urgencia de la intervención no sólo se refiere a una estrategia médica, sino a una lógica de intervención que opera como dispositivo de subjetivación definiendo qué es lo deseable, qué es lo normal y cuándo es demasiado tarde. Se impone así una concepción temporal biologizada y auditiva del desarrollo que deja poco margen para otras formas de construcción subjetiva y lingüística.

En contraste con esta lógica tecnocrática de urgencia, el enfoque contemporáneo en atención temprana promueve comprender el desarrollo infantil como un proceso heterogéneo, vincular y situado históricamente, que requiere condiciones de accesibilidad simbólica y afectiva, así como tiempos subjetivos y familiares que permitan el procesamiento de los diagnósticos, la elaboración emocional y la toma de decisiones informadas. Tal como plantea Carballada (2008), el abordaje de las situaciones que involucran deficiencias al momento del nacimiento no puede reducirse a una lógica de resolución técnica inmediata, sino que exige un trabajo con los tiempos vitales, emocionales y vinculares de los sujetos implicados. Desde una perspectiva relacional y ética, el acompañamiento a las familias debe permitir la construcción de sentidos compartidos, la escucha activa y el respeto por los procesos subjetivos que se activan ante un diagnóstico. En este sentido, también Schorn (2008) subraya que las intervenciones en infancia sorda deben sostenerse en marcos que reconozcan la complejidad del entramado familiar, social y cultural, y que prioricen la accesibilidad comunicacional y el derecho a una información completa y no sesgada desde el inicio del proceso.

El primer principio fundamental de la declaración de consenso internacional, mencionada anteriormente, sobre Intervención Temprana Centrada en la Familia para Niños Sordos o con Dificultades Auditivas (FCEI) enfatiza que toda intervención debe priorizar el empoderamiento y la participación activa de las familias, reconociendo que los tiempos del desarrollo y de la toma de decisiones deben respetar las dinámicas y condiciones de cada

contexto familiar (Moeller et al., 2024). Este principio propone, además, que las familias reciban información clara, completa y basada en derechos, en un entorno que respete sus capacidades para discernir, elegir y acompañar el proceso de su hijo o hija.

Desde esta perspectiva, la noción de “urgencia” como mandato técnico se revela no sólo como una estrategia médica, sino como una categoría ideológica funcional a lógicas productivistas del rendimiento temprano. Tal como ha sido ampliamente debatido en el campo latinoamericano de las ciencias sociales y de la salud, los discursos sobre el desarrollo en la infancia han sido progresivamente cooptados por racionalidades economicistas y mercantilistas que asocian la niñez con una “ventana de inversión de capital humano”, subordinando su complejidad subjetiva a parámetros de eficiencia, productividad y costo-beneficio (Rodríguez, 2023; Montañés, 2013). Estas formas de concebir la intervención configuran jerarquías del tiempo infantil en función del rendimiento futuro, deslegitimando trayectorias diversas y naturalizando la intervención precoz como única vía válida.

El marco teórico de esta investigación ofrece una alternativa a este reduccionismo temporal. Desde la perspectiva psicosocial y psicomotriz, el desarrollo infantil en la primera infancia es entendido como una co-construcción vinculada a la disponibilidad del entorno, a la calidad del sostén afectivo y a las condiciones históricas, institucionales y culturales que median la emergencia de la subjetividad (Ravera, 2019; Chokler, 1994). En este sentido, los modelos que proponen cronogramas universales de intervención desconocen no sólo las condiciones materiales y simbólicas de cada niñez, sino también el carácter relacional del proceso de constitución subjetiva. Por tanto, una perspectiva ética y de derechos humanos exige que las políticas públicas y las prácticas institucionales respeten esta diversidad de tiempos y contextos, evitando reducir la infancia sorda a una carrera contra el reloj.

#### **4.2.2 Audiocentrismo: entre la evidencia clínica y el modelo rehabilitador**

Como quedó en evidencia hasta ahora, un aspecto fundamental del modelo médico-rehabilitador vigente que se aprecia en los discursos de los referentes entrevistados, se halla en la centralidad que se otorga al acceso al sonido como condición esencial para el desarrollo del lenguaje. Esta concepción, profundamente audiocéntrica, determina la orientación de la intervención, que se concentra en restituir o habilitar la audición a través de dispositivos tecnológicos, particularmente audífonos e IC.

El niño con una sordera profunda, el audífono le va a servir como para escuchar sonidos del ambiente fuertes, pero no le va a permitir escuchar la voz de la familia. O sea, eso no le va a permitir escuchar para poder imitar lo que escucha. Entonces, lo

que se hace actualmente es, el niño usa el audífono hasta el año, pero ya sabiendo que tiene una sordera profunda, ya se conecta con el equipo de implantes cocleares. (E1, referente institucional del ámbito sanitario).

El screening es todo hecho para poner implantes cocleares, para arrancar la sordera. (E8, referente institucional del ámbito sanitario).

Esta perspectiva parte de la idea de que la audición es una función prioritaria, reguladora de otras áreas del desarrollo humano, como la comunicación y la cognición. En este enfoque, la sordera es vista como un obstáculo que debe ser "arrancada" mediante tecnologías de amplificación o estimulación auditiva directa. El valor atribuido a los dispositivos no es meramente funcional, sino también simbólico, ya que su uso no solo se entiende como una mejora en la percepción auditiva, sino como una promesa de integración plena al mundo oyente y de restauración del curso "normal" del desarrollo infantil.

Así, el discurso profesional se construye en torno a una narrativa de progreso, donde el equipamiento se presenta no solo como una herramienta, sino como un medio de habilitación identitaria. En este marco, el acceso al sonido se asocia con la posibilidad de "ser oyente":

Si el niño oye, si oye bien [...] El niño no precisaría la lengua de señas porque al estar habilitado auditivamente es una persona oyente. (E1, referente institucional del ámbito sanitario).

Hoy hay tecnología, la gran mayoría de los niños quedan con normo-audición. (...) Estimular el lenguaje de señas sería ir un poco contra... Capaz que me escuchan por ahí y no les sirve lo que diga, pero es ir contra el progreso. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Este posicionamiento revela una lógica binaria en la que se establece una distinción entre niños y niñas sordas y oyentes, basada en la efectividad del dispositivo tecnológico, relegando así la dimensión lingüística y cultural de la sordera a una condición transitoria, indeseable o subsidiaria. Como lo ha señalado Skliar (2005), este tipo de operación discursiva borra la identidad sorda y reconfigura al niño/a sordo/a como un sujeto oyente en potencia, invisibilizando la situación de incompatibilidad lingüística en que se encuentra en su vida cotidiana.

Diversas voces dentro de los estudios sociales de la sordera y los derechos lingüísticos han cuestionado esta reducción audiocéntrica. Peluso (2007) y Skliar (1997, 2005) argumentan que la sordera no debe ser concebida como una discapacidad a superar,

sino como una característica identitaria, cultural y lingüística que se expresa en la pertenencia a una comunidad con una lengua, una historia y formas de vida propias. Esta perspectiva se alinea con el modelo social de la discapacidad, que como se visualiza en el apartado anterior entiende que las barreras no residen en el cuerpo, sino en las estructuras sociales que impiden la plena participación y el acceso a la comunicación (Palacios, 2008; 2012).

De acuerdo con la Observación General N.º 7 del Comité de los Derechos del Niño (CDN, 2006), los niños tienen el derecho de recibir orientación y apoyo adecuados desde el nacimiento, con especial énfasis en los primeros años, que son cruciales para su desarrollo lingüístico, emocional y social. En sus observaciones a Uruguay (2015, 2023), el Comité ha enfatizado la necesidad de garantizar el acceso efectivo a la LS desde la primera infancia, reconociéndola como un derecho fundamental para el ejercicio pleno de otros derechos. Esta posición se relaciona con el modelo bilingüe, que reconoce la LS como la primera lengua natural y accesible para el niño y la niña sorda, y el español (oral y/o escrito) como una segunda lengua, no excluyente.

El modelo bilingüe promueve una visión del desarrollo que valora la diversidad lingüística y cultural, fomentando la inclusión desde el reconocimiento de la diferencia. Desde esta perspectiva, la LS es entendida como la lengua natural de las personas sordas, y su adquisición temprana resulta esencial para garantizar un desarrollo integral, pleno y equitativo. Diversos estudios en la región han subrayado que las lenguas de señas no son meros apoyos comunicativos, sino sistemas lingüísticos completos, estructurantes del pensamiento, la subjetividad y la participación social (Massone, 2009; Skliar, 1998).

Este modelo sostiene que el acceso temprano y constante a la LS permite no solo el desarrollo de competencias comunicativas complejas, sino también la construcción de identidad, pertenencia y autonomía (Pérez, 2008). Desde una perspectiva de derechos, autores como Sutton-Spence y Quintanilla (2010) y Pérez y Massone (2009) insisten en que la garantía del acceso a la LS en la infancia es una condición indispensable para el ejercicio del derecho a la lengua, a la educación y a la participación cultural, y debe ser incorporada en las políticas públicas desde un enfoque intercultural y no patologizante.

En la misma línea, Peluso (2007) argumenta que este enfoque no sólo habilita condiciones de equidad educativa, sino que impugna la lógica de la homogeneización lingüística al reconocer el valor epistémico y cultural de la LS como lengua primera, legitimando trayectorias educativas construidas desde la diferencia y no pese a ella.

En este sentido, esta investigación se sitúa en una perspectiva de derechos, que implica abordar la sordera no solo desde una lógica biomédica, sino reconociendo su dimensión social, relacional y lingüística. Esto no implica, como se menciona anteriormente, desconocer que es un derecho de las familias y de los niños sordos acceder a las

tecnologías asistivas disponibles, sino afirmar que las intervenciones subyacentes a las mismas no deben traducirse en la negación del derecho a una lengua accesible y natural. Como sostienen Herrero y Tarrés (2016), abordar la sordera desde la perspectiva de derechos implica garantizar el acceso temprano a la LS como un derecho lingüístico, sin depender de los resultados que puedan obtenerse mediante tecnologías auditivas.

Al mismo tiempo, una perspectiva basada en derechos invita a interrogar críticamente las decisiones técnicas y sus implicancias normativas y políticas: ¿qué tipo de modelo de infancia se está promoviendo?, ¿qué concepción del sujeto sordo se está construyendo?, ¿qué formas de vida se consideran válidas y cuáles deben ser corregidas? Estas preguntas guían también el análisis del audiocentrismo como una configuración ideológica dominante en los discursos institucionales, donde los dispositivos tecnológicos son presentados como garantes de éxito no sólo médico, sino también educativo y social. La confianza depositada en la tecnología es tan profunda que se refleja en el diseño de políticas públicas, como lo evidencia el siguiente testimonio:

Esto nació como estructura y como proyecto y no es que se incorporen otras cosas. O sea, cuando nació la pesquisa, la pesquisa nació con el tratamiento. Porque de nada te sirve pesquisar si vos no lo podés tratar. Y ese tratamiento es audífono o implante. Es así. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Este testimonio muestra cómo el dispositivo de detección está estrechamente vinculado a una lógica de tratamiento predeterminado, que presupone que la única respuesta válida ante la sordera es la restitución auditiva.

La centralidad del sonido conlleva un silenciamiento de otras dimensiones del desarrollo infantil, como el acceso temprano a una lengua natural, el reconocimiento de una identidad sorda o la integración a comunidades lingüísticas visual-gestuales. El audiocentrismo, en consecuencia, se convierte en una forma de exclusión simbólica, que limita la capacidad de imaginar alternativas para las trayectorias de vida de las infancias sordas.

La lógica que subyace al audiocentrismo y la centralidad de los dispositivos tecnológicos también se conecta con una ideología más amplia de mejoramiento social a través de la tecnología y la medicina. Este enfoque, al intentar erradicar la "deficiencia" de la sordera, se alinea con prácticas que han sido históricamente asociadas con la eugenesia, que en su forma más radical busca "mejorar" la raza o la sociedad a través de la eliminación de características consideradas como defectos o anormalidades (López, 2010). Aunque la intención explícita no sea la de "mejorar la raza" en el sentido clásico de la eugenesia, los dispositivos como los IC y los audífonos operan en una lógica que mejora o corrige lo que

se considera una deficiencia, subrayando la idea de que la sordera debe ser erradicada como un obstáculo para el desarrollo.

Esta perspectiva se refleja también en declaraciones institucionales contemporáneas, donde se promueve la detección temprana de la hipoacusia con el argumento de que, si se actúa "en tiempo y forma", la población sorda puede disminuir sustantivamente, e incluso se llega a plantear que una menor cantidad de personas requerirá el uso del diccionario de señas desarrollado recientemente (ASSE, 2017). Esto sugiere una concepción implícita de la LS como un recurso de última instancia, asociado a una condición a evitar, antes que como una lengua legítima y una forma válida de subjetivación y comunicación.

Si pensás también que muchos de los niños sordos van a escuchar a través del implante coclear. La población de personas sordas que no oyen se va a reducir. (E1, referente institucional del ámbito sanitario)

O sea, creo que en eso, en Uruguay no debe existir ya, excepto, como te digo, por un tema de realidad social o familiar, que el sistema está bien aceitado para que, en realidad, en el primer semestre todas las personas tengan el diagnóstico y, en realidad, si necesitan un equipamiento, justamente para desarrollar, el tema de lo mejor posible el lenguaje y la comunicación. Entonces, me parece que en eso hemos avanzado muchísimo. (E3, referente institucional del ámbito sanitario)

A ver, es como decir, a ver, ¿qué otro ejemplo podré decirte? No sé, hoy ponen implantes de cadera, decirle a la gente que compre una muleta o que compre, no sé, porque no va a poder caminar más, no. O sea, acá la política es otra, y el objetivo es otro. Hoy hay tecnología, la gran mayoría de los niños quedan con normo-audición. (E5, referente institucional del ámbito académico)

En este sentido, el modelo médico-rehabilitador refleja una premedicalización social, entendida como el proceso mediante el cual se construyen anticipadamente categorías de riesgo o anormalidad antes de que exista una patología manifiesta, promoviendo la intervención técnica y biomédica como única respuesta legítima (Campos, 2006; Menéndez, 2008). En este marco, la intervención tecnológica se convierte en la norma, ubicando a las familias ante la toma de decisiones bajo la premisa de que el acceso al sonido es la única forma de garantizar una participación "normal" en la sociedad. Este tipo de medicalización anticipada no solo actúa sobre el cuerpo, sino también sobre las expectativas, los vínculos y las decisiones familiares, instalando un imaginario de urgencia que desplaza otras formas posibles de acompañar el desarrollo infantil.

La sordera, entonces, es concebida como una deficiencia social y biológica, cuya presencia se torna incompatible con los ideales de autonomía, competencia comunicativa y productividad que sustentan las nociones dominantes de ciudadanía. Esta mirada opera como una forma de exclusión simbólica, donde las personas sordas son tratadas como sujetos que deben ser "mejorados" para poder integrarse plenamente. Como señala Foucault (2003), la medicina ha sido históricamente un instrumento de normalización y control social, y este fenómeno también puede observarse en la intervención sobre la sordera cuando se impone como único horizonte posible el restablecimiento de la audición, reconfigurando las condiciones de vida y las diferencias culturales como problemas técnicos, omitiendo sus determinaciones sociales y éticas, y promoviendo formas de intervención que naturalizan el control sobre los cuerpos y los procesos vitales en nombre del bienestar o el progreso (Gracia, 2007; Almeida Filho, 2011).

La comparación con las prácticas eugenésicas permite vislumbrar una lógica de intervención que busca la "mejora" a través de la tecnología, subordinando a la diversidad de formas de vida, como la cultura sorda, a un ideal de homogeneidad social. La diferencia entre los enfoques radica en que la medicina estética, definida como un conjunto de intervenciones que buscan optimizar cuerpos y funciones en función de ideales sociales de normalidad, eficiencia o belleza (Ortiz-Millán, 2012), y la eugenesia, tienden a promover la mejora de individuos con base en criterios estéticos o biológicos. En el caso de la sordera, sin embargo, la mejora se presenta como una necesidad funcional dentro de una estructura social audiocéntrica que no reconoce el valor de otras formas de comunicación ni de pertenencia cultural.

Como se ha discutido en los estudios sobre audismo, concepto que designa la ideología que privilegia la audición como forma superior de percepción y comunicación, y que discrimina a quienes no oyen (Humphries, 1977; Ladd, 2003), esta lógica está asociada a una exclusión sistemática de las identidades sordas y sus formas y necesidades propias de habitar el mundo desde el momento de su nacimiento o de la pérdida auditiva, generando una forma de violencia simbólica que está enraizada en las políticas y prácticas institucionales. Estas formas de exclusión pueden ser entendidas como una forma de prescindencia, donde se considera que la sordera debe ser corregida para asegurar la plena participación en la sociedad, sin contemplar otras formas de vida y conocimiento.

#### **4.2.3 El lenguaje instrumentalizado: disyunción entre intervención médica y acceso a lengua natural**

En continuidad con los análisis anteriores en torno a la urgencia diagnóstica y la centralidad del equipamiento tecnológico en los discursos sobre la sordera en la infancia,

este eje explora una dimensión no menos crítica reflejada por la separación, y en muchos casos el antagonismo implícito, entre las intervenciones médicas y el acceso a una lengua natural visual, como la LS.

Esta disyunción se evidencia, en primer lugar, en la subordinación explícita de las decisiones educativas y comunicativas de las familias a las directrices que emanan del sistema de salud.

si algún equipo quiere como alternativa, este, contactarse con, con la asociación, con un intérprete, con la escuela de sordos, este, en el mientras tanto, ¿tá? se van dando los pasos de salud, están libres, tienen libertad de hacerlo, o sea, nadie va a decir que no, ¿tá? Este, lo que sí es que no tienen que abandonar las indicaciones de salud, digamos. Lo vamos a promover, que, porque a veces dice que salud de repente va por un implante, ¿tá? (E6, referente institucional del ámbito educativo)

Este fragmento da cuenta de una estructura jerárquica en la que el sistema de salud se ubica como autoridad incuestionable sobre los destinos comunicativos de las infancias sordas. El acceso a la LS aparece como una alternativa permitida en tanto no interfiera ni contradiga las decisiones médicas, particularmente aquellas orientadas a la rehabilitación auditiva. Esto revela una lógica de intervencionismo biomédico que posiciona al cuerpo del niño como objeto de intervención técnica (Foucault, 1976; Menéndez, 2010), mientras relega las dimensiones sociolingüísticas y culturales del desarrollo comunicativo.

Esta primacía del equipamiento técnico también se refleja en los objetivos subyacentes del screening neonatal:

El screening es todo hecho para poner implantes cocleares, para arrancar la sordera. Por eso no le interesó la lengua de señas. Por eso es el antagonismo. No quiere decir que el espíritu sea contra los sordos, pero sería para terminar con la sordera. La sordera de nacimiento. (E8, referente institucional del ámbito sanitario)

Tal como plantea Lane (1999), esta lógica de erradicación configura una forma de violencia epistémica sobre la comunidad sorda, al asumir que la diferencia lingüística constituye un déficit a corregir. El antagonismo entre diagnóstico y LS no es accidental, sino estructural dado que responde, como quedó en evidencia hasta ahora, a un modelo que asocia la sordera exclusivamente con la falta de audición, invisibilizando las prácticas lingüísticas visuales como formas legítimas de acceso al mundo.

La tensión entre intervención médica y acceso a lengua natural también se reproduce en la forma en que algunos profesionales se acercan al conocimiento de la comunidad sorda.

La comunidad sorda, mmm, eh, no sé. No sé si es muy cerrada o nosotros no somos muy abiertos, no sé (...) (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

una cosa que yo percibí, que no me parecía, no que pudiera ser, pero no me parecía lo más corriente, es esa cosa de que hay sordos que realmente podrían tener un implante y como que no les interesa, como que les parece bien su comunidad. En un principio me pareció un poco loco, pero bueno, es una manera. (E7, referente institucional del ámbito sanitario)

Aquí se expresa una dificultad para comprender la sordera fuera del paradigma biomédico. La idea de que hay personas sordas que eligen no implantarse es percibida como “loca” e incomprensible, lo cual evidencia una concepción de normalidad auditiva que impide reconocer la legitimidad de la identidad sorda y la agencia lingüística de los sujetos. Esta percepción se alinea con los planteamientos de Skliar (1999), quien denuncia la exclusión sistemática de las epistemologías visuales del campo educativo y médico. En este marco, es frecuente observar expresiones de sorpresa e incomprensión por parte de profesionales del ámbito sanitario ante decisiones familiares que se apartan de las intervenciones tecnológicas orientadas a “corregir” la sordera. Tal es el caso de declaraciones públicas en las que se asocia la negativa de las familias a optar por IC o audífonos con una supuesta renuncia a ofrecer a sus hijos una “mejor calidad de vida”, apelando a valores como la superación, la inteligencia y el acceso a experiencias culturales auditivas, como si estas constituyeran un estándar universal de desarrollo y bienestar (Portal 180, 2017).

Estas manifestaciones reflejan un sesgo profesional anclado en visiones normativas de la infancia y de la parentalidad, que tiende a patologizar elecciones culturales divergentes y a invisibilizar las dimensiones identitarias y lingüísticas de la sordera. Como advierte López (2018), este tipo de sesgo no sólo atraviesa las prácticas clínicas, sino también las representaciones sociales que los equipos de salud sostienen sobre las familias, especialmente cuando estas se alejan de los modelos esperables de adherencia biomédica.

Al mismo tiempo, ciertas voces dentro del campo profesional reconocen que el acceso a una lengua natural no debería estar condicionado al fracaso del IC, sino ofrecerse en paralelo:

Entrevistadora: Y en esto que me decías respecto del intento de conectar con recursos que ya había, entendiendo que la lengua de señas es importante para el desarrollo integral, ¿esto es en el caso de que no funcione implante o audífono o en

paralelo?

Entrevistada: No, tendría que ser en paralelo. Sí, porque más allá de que luego elijas o no mejorar esa condición, es una lengua que tú sabés. (E7, referente institucional del ámbito sanitario)

Esta respuesta abre una brecha significativa dentro del discurso hegemónico, al reconocer la LS como lengua, es decir, como sistema comunicativo completo, y no como suplemento o alternativa residual frente al fracaso tecnológico. En este sentido, el acceso a la lengua natural se posiciona como un derecho lingüístico y no como una medida paliativa, en línea con los enfoques de derechos humanos y discapacidad propuestos por la CDPD (ONU, 2006) y ratificados en nuestro país, y por las declaraciones de consenso internacional mencionadas anteriormente vinculadas a la atención temprana de niñas sordas y sus derechos (FCEI, 2024; WFD, 2016) .

Finalmente, algunos testimonios señalan que las consecuencias de esta disyunción impactan profundamente en la vida emocional y relacional de las familias:

Nosotros si monitorizamos su aprendizaje, todo el aspecto psicoemocional que genera esta patología en el niño y en la familia. Por más que los equipos tengan el apoyo psicológico, entendés? pero también las emociones es parte de la consulta, ¿no? Entonces, más allá de controlar su crecimiento, su desarrollo, si tiene las vacunas, no?, vemos cómo impacta esta enfermedad en la calidad de vida, ya sea del niño o de la niña y o de su familia. (E9, referente institucional del ámbito académico)

Desde esta perspectiva, se reconoce que el sufrimiento emocional no se origina únicamente en la pérdida auditiva, sino en la falta de recursos comunicativos disponibles desde el inicio. Esta mirada, sin embargo, convive con una lógica médica que interpreta la sordera como “enfermedad”, reforzando la idea de que el niño sordo necesita ser curado y no que requiere acceso temprano a una lengua natural.

En síntesis, este subapartado ha mostrado cómo el modelo médico-hegemónico produce una ruptura estructural entre las intervenciones orientadas a la audición y el acceso a lenguas visuales, relegando a la LS a un lugar marginal dentro del itinerario diagnóstico-interventivo. Esta disyunción no sólo limita las posibilidades de desarrollo integral de las infancias sordas, sino que reproduce jerarquías lingüísticas y culturales que invisibilizan el valor epistémico y humano de la LS.

Este punto de análisis nos conduce directamente al próximo subcapítulo, donde profundizaremos aún más en el lugar asignado a la LS en los discursos institucionales y profesionalizados.

### **4.3 Categorías imprecisas, consecuencias concretas: la marginalización lingüística de la LS**

En continuidad con los apartados anteriores, donde se analizaron las representaciones discursivas sobre lenguaje, lengua, habla y sordera, y cómo éstas se relacionan y son parte fundante del lugar simbólico y objetivo otorgado a la LS, este capítulo se focaliza en una dimensión crítica y estructural del problema de investigación, conformado por la marginalización de la LS que se hizo evidente en los discursos técnico-profesionales e institucionales vinculados al diagnóstico de sordera y a las decisiones de intervención.

El análisis de los fragmentos de entrevistas y fuentes secundarias permite identificar que la marginalización de la LS no se expresa únicamente en su omisión, sino que asume formas diversas, algunas explícitas y otras más sutiles, que operan como mecanismos de deslegitimación y exclusión simbólica. Este tipo de exclusión, entendida como la negación o invisibilización de determinados saberes y sujetos dentro de un campo discursivo, adquiere relevancia en contextos donde lo no dicho configura tanto como lo enunciado. Desde una perspectiva cualitativa interpretativa, y siguiendo a De Souza Minayo (2009), este tipo de análisis permite comprender cómo ciertas ausencias discursivas actúan como parte constitutiva de un orden simbólico que restringe el acceso a derechos. En esta línea, y retomando los aportes de Foucault (1971), los silencios no son neutros, ya que delimitan lo decible, lo pensable y lo deseable, y en este caso, condicionan las posibilidades reales de acceso a una lengua viso-gestual desde los primeros momentos del diagnóstico.

Como han señalado Míguez (2018) y Gularte (2014), en Uruguay la LS rara vez es presentada a las familias como una opción legítima desde el inicio del proceso, restringiendo así la posibilidad de decisiones informadas y pluralistas. Esta omisión temprana, lejos de ser casual, constituye una forma estructural de exclusión que impacta material y simbólicamente en las trayectorias lingüísticas, educativas, de salud y culturales de las infancias sordas. Abordarla en primer término permite evidenciar su carácter naturalizado y problematizar cómo los discursos técnicos replican esa marginalización al desaconsejar o relegar la LS en las orientaciones brindadas a las familias.

Uno de los aspectos más contundentes que emerge del conjunto de datos recolectados es que la LS tiende a aparecer en el discurso profesional solo cuando el recorrido audiológico “fracasa”, es decir, cuando el niño o niña no responde al IC o al uso del audífono:

O sea que la población de hablantes de lengua de señas, exclusivamente de lengua de señas, porque la precisan, porque no pueden acceder al lenguaje oral, a la lengua oral, se va a reducir con el tiempo. Entonces se recomienda, pero solo en estos casos en donde se ve la dificultad. Se ve la dificultad que realmente al niño le cuesta muchísimo acceder al lenguaje, al lenguaje... a la lengua oral (E1, referente institucional del ámbito sanitario).

Así, se consolida un binarismo normativo que organiza los discursos profesionales y las decisiones institucionales en torno a dos caminos opuestos y jerarquizados. Por un lado, el acceso al sonido mediante dispositivos médicos-tecnológicos, asociado a la integración, el desarrollo esperado y la normalidad; por otro, el acceso a la LS, reservado como último recurso ante el "fracaso" de la intervención médica. Este tipo de binarismo, como señalan Skliar (2005) y Peluso (2007), no solo simplifica una realidad compleja, sino que establece una jerarquía entre opciones posibles, ubicando a la LS como una solución deficitaria, y no como una lengua plena y válida desde el inicio.

Esta lógica binaria refleja lo que Foucault describe como un "régimen de verdad", un conjunto de normas y prácticas discursivas que definen lo que se considera "normal" y "aceptable" dentro de un campo determinado, en este caso, en relación al desarrollo de la infancia sorda. Según Foucault (1971), los regímenes de verdad no solo dictan lo que es conocido o verdadero, sino que también imponen límites sobre lo que se puede decir y hacer. Así, al establecer qué opciones de intervención se consideran válidas, se generan efectos materiales y simbólicos que afectan las trayectorias lingüísticas, educativas y afectivas de los niños y niñas sordas, reforzando una visión normativa que excluye otras posibilidades, como el uso pleno de la LS.

La marginalización de la LS también se vincula con procesos más amplios de deslegitimación epistémica, donde las formas de saber y comunicar propias de las personas y comunidades sordas son invisibilizadas en nombre del ideal de normalización que quedó en evidencia y fue analizado en el subcapítulo anterior. Este posicionamiento se evidencia en fragmentos como los siguientes:

Una vez que el niño entra en el sistema de algoritmo de diagnóstico, sí, por supuesto, hay una interrelación profunda entre la familia y el personal encargado del diagnóstico y tratamiento. Sí, es muy fuerte eso, se llega a una unión muy sólida, y claro, porque los padres por un lado están muy preocupados que su hijo tenga una pérdida auditiva y quieren darle, recuperarle o darle la función que no tiene (E5, referente institucional del ámbito académico).

Todo, de alguna manera, apunta a la hipoacusia y a mejorarla, y a la cuestión de los implantes (E7, referente institucional del ámbito sanitario).

La diferencia de hoy es que existe la esperanza del implante, donde el que nace totalmente sordo puede ser totalmente oyente (E8, referente institucional del ámbito sanitario).

El uso de expresiones como “recuperarle o darle la función que no tiene”, “mejorarla” o “puede ser totalmente oyente” remite a una lógica de corrección de la diferencia, que refuerza la jerarquía entre lo auditivo y lo viso-gestual. Como advierte Humphries (1977), y como también quedó en evidencia en el subcapítulo anterior, este tipo de ideología, que se reconoce en el campo de estudios sordos como audismo, constituye una forma de discriminación estructural hacia las personas sordas, basada en la premisa de que la audición es superior a cualquier otra forma de comunicación.

Esta jerarquización también se reproduce en el acceso a la LS, ya que como señala Míguez (2018), el aprendizaje de la LS por parte de familias oyentes en nuestro país es prácticamente nulo, incluso cuando existen propuestas públicas y gratuitas, lo que pone en evidencia la falta de políticas activas para promover este acercamiento. Asimismo, la ausencia de personas sordas como modelos lingüísticos en la orientación inicial a las familias, tal como recomiendan las recomendaciones de buenas prácticas internacionales (Moeller et al., 2013; Pontecorvo et al., 2023), refuerza la idea de que la LS no forma parte del repertorio legítimo de intervenciones tempranas.

Cabe subrayar que esta exclusión no es meramente simbólica. Tal como se desarrolla en los fundamentos y el marco teórico de esta investigación, la ausencia de exposición temprana a una lengua natural compromete gravemente el desarrollo lingüístico, cognitivo y emocional de los niños sordos, especialmente durante el período crítico para el desarrollo del lenguaje (Glickman y Hall, 2018; Friedman y Kemmerly, 2015). En este sentido, la marginalización de la LS constituye una forma de privación lingüística prevenible, cuyas consecuencias han sido ampliamente documentadas y que además contraviene lo establecido por la CDPD (ONU, 2006), ratificada por Uruguay en 2008, así como por la Ley 17.378, que reconoce a la LSU como lengua natural de las personas sordas.

En los apartados que siguen, se abordarán en profundidad las formas específicas que adopta esta marginalización. En primer lugar, se analizará la exclusión por omisión, a través del silenciamiento o la ausencia de referencias a la LS, y en segundo término, las formas más explícitas e indirectas de deslegitimación. En ambos casos, se buscará mostrar cómo estas exclusiones operan discursivamente, se vinculan con representaciones

ideológicas específicas y tienen consecuencias concretas en la garantía del derecho a una infancia lingüísticamente, y por ende, integralmente plena.

#### **4.3.1 Lo que no se dice sobre la lengua: marginalización por omisión**

La ausencia de una referencia explícita a la LS en los discursos técnicos y profesionales vinculados al diagnóstico de sordera en la infancia constituye una de las formas más estructurales y persistentes de exclusión. Esta afirmación implica que no se trata de omisiones accidentales o decisiones individuales, sino de una configuración institucional más amplia, sostenida en el tiempo y arraigada en prácticas sistemáticas que operan tanto en el ámbito sanitario como educativo. Tal como sostiene Minayo (2009), en los procesos de producción discursiva institucional, las ausencias no son neutras, sino que responden a un orden simbólico que organiza qué es visible, decible y legítimo en el campo de las políticas públicas.

Desde el análisis del discurso, la omisión no es una ausencia ingenua, sino una operación simbólica que forma parte del dispositivo de producción de sentido (Foucault, 1971; Ferreiro, 1999). Lo que no se menciona, lo que no se nombra, lo que queda fuera del campo de las opciones posibles, configura y delimita el marco de lo deseable y de lo decidible. Esta omisión discursiva, como advierte Ferreiro (1999), contribuye a fijar sentidos que, sin necesidad de ser dichos explícitamente, estructuran las prácticas profesionales y sus horizontes de intervención.

En los discursos analizados, esta forma de marginalización aparece normalizada en la secuencia de intervención médica. La lógica de la “detección-precoz-tratamiento” opera como estructura, desde la cual se asume que la habilitación auditiva, mediante audífonos o IC, debe ser la única y prioritaria vía de acceso a la lengua y por ende al desarrollo del lenguaje. Así lo evidencia el siguiente fragmento:

Claro. Bueno, le va a hacer un montón de estudios y todo eso, pero el niño, una vez que se detecta, a los seis meses la meta es ponerle el audífono, ya a los seis meses. Hay niños con menos, quizás se está poniendo cinco meses. (E1, referente institucional del ámbito sanitario)

En el marco institucional, esta lógica se ve reforzada por documentos normativos como el Protocolo de Detección Precoz de Hipoacusia Congénita del MSP (2017), donde lo único que se nombra en el apartado de lineamientos generales es que

“El tratamiento de las hipoacusias neurosensoriales consiste, de acuerdo a la severidad de la misma, en el inicio del equipamiento auditivo (audífonos) a los 6 meses de vida, el Implante Coclear alrededor del año de vida y la estimulación del lenguaje con fonoaudiólogo.” (MPS, 2017, p. 7)

No se contempla en ese protocolo ninguna recomendación sobre la LS ni sobre la necesidad de contacto temprano con una lengua visogestual natural, a pesar de la existencia de normativa vigente que la reconoce como lengua natural de las personas sordas en nuestro país (Ley 17.378).

La exclusión de la LS en este tipo de discursos configura un marco en el cual la LO no solo es el objetivo comunicativo, sino también el único imaginario de infancia posible. Esta estructura discursiva se consolida en discursos como el siguiente:

Nosotros tenemos que diferenciar dos cosas, los hijos de padres sordos y los hijos de padres oyentes. (...) Aunque no esté equipado, sí, el contacto de los ojos, la mirada, todo eso que cualquier niño tiene que empezar a ser bebé, empezar a contactar con la mirada (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

Aunque se reconocen recursos no verbales como formas tempranas de comunicación, no se menciona la posibilidad de acceso a una lengua natural viso-gestual-espacial como la LS. Esta omisión puede ser interpretada, como plantea Ferreiro (1999), como una forma de reproducción del orden dominante de saber, donde lo oral y lo auditivo configuran el estándar desde el cual se evalúan las posibilidades y capacidades infantiles.

Esta exclusión se expresa también en la Normativa de Cobertura del Implante Coclear, donde se afirma que el objetivo del dispositivo es recuperar la audición como condición unívoca para el desarrollo de la oralidad como principal y única vía de comunicación e inserción en la sociedad (MSP, 2009)

Yo sé que salud no orienta que vaya a la lengua de señas, porque ellos lo que quieren es recuperar la audición. (...) porque quiere que el niño sea parlante. (...) Cuando tuve un paciente, hablé con una fonoaudióloga referente en la temática, y ella me decía que no, que era perjudicial, que había que esperar el implante. (E6, referente institucional del ámbito educativo)

Esta afirmación no sólo invisibiliza a la LS como lengua natural y accesible, sino que refuerza una idea de desarrollo normativo centrado en la rehabilitación auditiva, excluyendo cualquier alternativa visual desde el inicio del proceso.

Este marco se refuerza en otras entrevistas, donde se hace explícito que tanto durante el proceso diagnóstico como ante la confirmación del mismo, no se sugiere ninguna recomendación de tipo lingüístico o comunicacional alternativa:

No se hace ninguna recomendación en particular. Simplemente, bueno, el estímulo normal de una mamá que lo acaricie, que le hable igual, porque tiene que hablarle igual, porque hasta ese momento no sabemos el grado de pérdida auditiva. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Porque mientras el niño es un bebé, es chiquitito, es lactante, bueno, se le canta, se le gesticula, todo igual, solo que el niño no te está oyendo. (E8, referente institucional del ámbito sanitario)

Antes, gente que pensaba “como es sordo no le hablo”, por ejemplo. No, al niño hay que hablarle igual, hay que verbalizarle todo, hay que manejarse con toda la información que puedan brindarle para que el niño se sienta integrado. (E1, referente institucional del ámbito sanitario)

Desde una perspectiva de derechos, esta omisión constituye una forma de vulneración indirecta, al negar el acceso temprano a una lengua natural plenamente accesible para el niño sordo, tal como lo establecen la CDPD (ONU, 2006) y la Declaración de Derechos de los Niños Sordos (WFD, 2020). Además, al igual que se visualiza en el análisis del apartado anterior, contradice lo establecido por el primer principio del Consenso Internacional sobre Intervención Temprana Centrada en la Familia (Moeller et al., 2013, 2024), que subraya la necesidad de brindar a las familias información completa y no sesgada sobre todas las opciones lingüísticas desde el momento del diagnóstico.

La omisión de la LS tiene efectos estructurales sobre el desarrollo infantil, en tanto impide el acceso temprano a un sistema lingüístico completo, reduciendo así las oportunidades de desarrollo cognitivo, emocional y social en la infancia sorda (Friedman y Kemmery, 2015; Glickman y Hall, 2018). Tal como plantea Gularte (2014), esta omisión institucional genera decisiones parentales sesgadas, ya que muchas familias no reciben ninguna información sobre la existencia ni sobre los beneficios del aprendizaje de LS.

Finalmente, esta marginalización por omisión también se refleja en la falta de lineamientos para el acompañamiento a las familias en los documentos que regulan las prácticas de atención perinatal y de intervención temprana. En el Catálogo de Buenas Prácticas en Maternidades de ASSE (2017), por ejemplo, se promueve brindar información completa, veraz y accesible, pero no se explicita en ningún punto la importancia de incluir la

LS en dicha información. Este vacío normativo refuerza un modelo asistencial unívoco que restringe el horizonte de posibilidades lingüísticas.

En síntesis, la omisión reiterada de la LS en los discursos y documentos institucionales configura un escenario de exclusión simbólica y material, que legitima una única trayectoria de intervención orientada a la habilitación auditiva y desarrollo del lenguaje a partir de la adquisición de LO. Esta exclusión no se expresa en negaciones explícitas, sino que se construye como ausencia persistente, naturalizada en los protocolos, los intercambios clínicos y las decisiones institucionales. Analizarla permite desentrañar el andamiaje ideológico que sustenta la deslegitimación de otras formas de comunicación y que condiciona, desde el inicio, las posibilidades de una infancia sorda plenamente reconocida en su diferencia, una etapa tan fundante como la primera infancia.

#### **4.3.2 Marginalización por deslegitimación explícita o indirecta**

La marginalización de la LS no solo se expresa a través de su omisión en los discursos y protocolos de intervención, sino que también adopta formas explícitas o indirectas de deslegitimación, que refuerzan la idea de que esta lengua es secundaria, prescindible o incluso perjudicial para el desarrollo de las niñas sordas. Estas representaciones discursivas no operan en el vacío, sino que se sostienen sobre una matriz ideológica que se viene trabajando hasta ahora, en la que se concibe la audición como condición necesaria para el acceso a la comunicación, y a la LS como un recurso residual, válido solo ante el “fracaso” de la intervención audiológica.

Esta lógica se expresa de forma clara en los siguientes fragmentos:

Si oye bien, bien equipado con audífonos, le rinde y le alcanza. O con un implante coclear que rinda, que funcione bien y que todo eso está bien estimulado. El niño no precisaría la lengua de señas porque al estar habilitado auditivamente es una persona oyente. Así como nosotros no usamos la lengua de señas para comunicarnos porque todos oímos. El niño que oye no precisaría la lengua de señas. ¿Por qué? Porque se maneja a través del lenguaje oral, que es el que está en el entorno (E1, referente institucional del ámbito sanitario).

Mirá, el tema de la lengua de señas, ehh, el momento que aparece la técnica del implante o mejoran a los audífonos, el lenguaje de señas quedó para atrás, sin lugar a dudas. (...) Hoy el lenguaje de señas, creo quedó, que su campo de acción está muy circunscripto, muy limitado a casos probablemente muy puntuales. No es una opción que los otorrinos tengamos en la mente, “uy vamos a desarrollar el lenguaje de señas”, no. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Este posicionamiento se sostiene en la idea de que la LO es naturalmente superior por estar socialmente más extendida, lo que convierte a la LS en un recurso innecesario si la tecnología funciona adecuadamente. A través de esta afirmación se refuerza el imaginario de que la LS es solo una alternativa para aquellos casos en los que el niño no logra “convertirse” en oyente mediante el equipamiento auditivo, ignorando los instrumentos legales vigentes en nuestro país mencionados anteriormente, y la evidencia científica actualizada que demuestra que el acceso temprano a una lengua natural como la LS no obstaculiza, sino que potencia el desarrollo lingüístico y cognitivo en infancias sordas (Humphries et al., 2016; Mayberry, 2007).

Este marco discursivo también legitima una jerarquía entre las lenguas, como se observa en la siguiente afirmación:

Pero siempre tenemos que pensar que es una lengua acotada a una población. O sea que le va a permitir comunicarse con un grupo reducido de personas que son hablantes de esa lengua. Que sí es una forma muy buena para comunicarse sin duda. Frente a no poder comunicarte oralmente, la lengua de señas es una herramienta maravillosa. Pero siempre tenés eso de que es reducida a una sola población muy acotada (E1, referente institucional del ámbito sanitario).

Esta afirmación no sólo deslegitima la LS por su "valor funcional" limitado, sino que refuerza una noción de "cantidad" de hablantes, reduciéndose a un recurso de utilidad solo para “una sola población muy acotada”. Este enfoque omite las barreras sociales y estructurales que, precisamente, son las que perpetúan la marginalización de la LS, como la falta de políticas públicas que garanticen su aprendizaje en la familia o en la comunidad. Este tipo de discurso invisibiliza la dimensión cultural, epistémica e identitaria de la LS, y descontextualiza su rol dentro del derecho a la inclusión y a la participación plena en la sociedad (Skliar, 2005). La idea de que la LS es solo una "herramienta" ante la imposibilidad de la oralidad omite la necesidad de un enfoque inclusivo desde los derechos humanos, donde el acceso a una lengua natural para las personas sordas debe ser considerado un derecho fundamental, promovido activamente tanto por la familia como por el Estado (Hernández, 2019; Míguez, 2018).

De acuerdo con la CDPD (ONU, 2006), el acceso a la LS no debe ser un recurso limitado, sino un derecho reconocido, que fomente la inclusión en todos los aspectos de la vida, incluyendo la educación y la vida familiar. Esto implica no solo que la comunidad sorda tiene derecho a su lengua, sino que la sociedad debe adaptarse y garantizar ese acceso,

promoviendo la lengua como un medio de comunicación válido para todos, no solo para "un grupo reducido".

Esta representación se ve reforzada por documentos oficiales recientes, como la "Guía para el abordaje de aspectos emocionales, conductuales, cognitivos y sociales para el desarrollo integral en la niñez", donde se afirma que:

"En los casos de los niños y niñas sordas por hipoacusia neurosensorial severa o profunda [...] se recomienda instalar la LSU una vez que empiece la oralidad, ya que de lo contrario se puede retrasar el lenguaje oral" (MIDES, 2022, p. 58).

Esta recomendación contraviene tanto la evidencia neurocientífica como los lineamientos de los consensos internacionales, que enfatizan la importancia del acceso simultáneo a una lengua natural desde etapas tempranas (Moeller et al., 2013; 2024). El argumento de que la LS retrasa la adquisición de la LO ha sido refutado por investigaciones recientes que demuestran que el bilingüismo en la infancia sorda favorece el desarrollo cognitivo, lingüístico, comunicacional y social. Estudios longitudinales han evidenciado que la exposición temprana a una LS no interfiere con el desarrollo de la LO, sino que puede facilitar al proveer una base lingüística sólida desde los primeros meses de vida (Goodwin y Lillo-Martin, 2023; Pontecorvo et al., 2023; Simpson y Mayer, 2023). Asimismo, se ha argumentado que los desafíos en el desarrollo lingüístico de las infancias sordas no derivan de la exposición a una lengua viso-gestual, sino de la privación lingüística temprana cuando no se garantiza el acceso a una lengua natural plenamente accesible (Hall, 2024).

A su vez, la deslegitimación de la LS se articula con una representación dicotómica del niño o niña sorda como usuario potencial de la LS solo si proviene de una familia sorda, como lo evidencia el siguiente discurso:

Va a depender de la familia, ¿no? Eso es una cosa. (...) Si vos tenés papás que son usuarios de lengua de señas, se va a dar naturalmente. Y eso es muy diferente. No tenés ni que decir ni que sí ni que no. Porque se va a dar. O sea, no le vas a decir a la madre que no le haga una seña. No. Esa es su forma de comunicar (E10, referente institucional del ámbito académico).

De esta forma, se desplaza la responsabilidad del acceso a la LS hacia el entorno familiar, desdibujando el rol del sistema sanitario y educativo en garantizar ese derecho, y reduciendo la legitimidad de la lengua sólo a contextos donde ya existe una práctica previa. Esto ignora que más del 90% de los niños sordos nacen en familias oyentes (Mitchell, Karchmer, 2004) y que, por lo tanto, requieren de políticas activas que aseguren su contacto temprano con la LS.

En este marco, emerge otro argumento en entrevistas profesionales, según el cual la LS no debe ser introducida en las primeras etapas del desarrollo, no porque no se considere válida, sino porque se asume que sería un aprendizaje antinatural o forzado para los padres oyentes, interfiriendo en el proceso de construcción vincular en el binomio niño/a sordo-familia.

No, lo que te dicen es que no es que no la aprendan, sino, no en esta primera etapa. Porque sería todo muy aprendido y muy mecánico. Y vos necesitás que esto fluya desde más lo emocional. Y no lo estructu... lo aprendido. La gestualidad se va a dar naturalmente. Y la lengua de señas sí, la va a adquirir después. Después, a los 2 años, 3 años, 2 años. (E10, referente institucional del ámbito académico).

pedirle a la mamá que lo lleve a la escuela, que lo lleve a la fono, que lo lleve a la maestra especializada, y que vaya a la escuela de sordos y aprenda, es mucho. Me parece que es mucho. Las madres tienen otros hijos, preocupaciones, de comer, de pagar, de ómnibus. (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

Este argumento se presenta como una forma empática de cuidado, pero refuerza una lógica de exclusión que subordina el derecho de los niños/as a un entorno lingüístico accesible desde el nacimiento a las necesidades de los/as adultos/as oyentes. Lejos de favorecer la vinculación, esta postergación perpetúa la brecha comunicativa entre el/la niño/a sordo/a y su familia durante una etapa crítica del desarrollo lingüístico y emocional, y de la construcción de las bases de este proceso de sedimentación de lo intersubjetivo. Según M. Schorn (2008), este tipo de exclusión impide que las niñas sordas accedan a la interacción plena y natural con su entorno, generando un contexto donde la percepción de sí mismos y la construcción de su identidad se ven limitadas por la falta de un medio de comunicación natural y accesible. Schorn subraya que las interacciones tempranas en LS son fundamentales para el desarrollo emocional y social, ya que posibilitan la expresión de pensamientos, sentimientos y deseos, elementos claves en la construcción del vínculo afectivo y la subjetividad.

En este sentido, el proceso de construcción del vínculo afectivo en los niños/as sordos/as está estrechamente ligado a la posibilidad de establecer una comunicación plena y fluida con sus cuidadores desde una edad temprana. Víctor Giorgi (2015) plantea que la interacción intersubjetiva, entendida como la capacidad de los sujetos de establecer vínculos emocionales y comunicativos, es esencial para el desarrollo del apego en la infancia. La ausencia de un entorno lingüístico accesible desde el nacimiento, como ocurre cuando se postergan los aprendizajes en LS, afecta directamente a este proceso de apego, al dificultar el establecimiento de un vínculo afectivo profundo y genuino con los adultos

significativos en la vida del niño. Esta privación de comunicación impacta en las bases del desarrollo emocional, ya que el apego seguro, según Giorgi, se construye a través de interacciones que son ricas en significados compartidos y en la posibilidad de transmitir y recibir afectos de manera comprensible.

Esta lógica de exclusión con base en la perjudicialidad de la LS en los primeros momentos luego del diagnóstico aparece duramente reforzada en el siguiente fragmento, en el que queda en evidencia el paralelismo entre sugerir el uso de la LS y anticipar la muerte ante un diagnóstico terminal:

Es como decir, no sé, vamos a comprar un montón de bastones para ciegos, porque por las dudas, no. O sea, podemos ponerle lentes, operarles las cataratas, tratarles la retinopatía. Además, yo pienso ahora que estoy hablando contigo, decirle a un padre, 'bueno andá viendo el lenguaje de señas', porque entonces el padre va a decir, pará, entonces qué me estás ofreciendo. No le podés decir eso... No sé, es como si a un paciente con un cáncer le dijeras, mirá, andá preparando el, no sé, el cajón, porque no, no le podés decir nunca eso, tenés que pelearlo. (E5, referente institucional del ámbito académico).

Este fragmento revela de forma cruda la asociación de la LS con la derrota, el fracaso terapéutico y la renuncia a las posibilidades de "normalización" del niño. Se desdibuja completamente su estatuto de lengua natural para ubicarla en el terreno de lo último, de lo residual, de lo impensable. La analogía con preparar el cajón de un paciente con cáncer no solo resulta impactante desde una ética del cuidado, sino que evidencia un posicionamiento donde la LS es equiparada a una forma de "rendición", antes que de garantía de derechos.

El mismo discurso se vuelve explícitamente probabilístico:

Lenguaje de señas, no sé, si en el futuro las cosas marcharan muy mal y te cayeras de la estadística y quedaras en la punta más extrema de la curva de distribución gaussiana, podrías intentar, o ahí sí podrías, el lenguaje de señas, pero no, no está en la mente de los otorrinos el lenguaje de señas, ni en Uruguay, ni en el mundo (E5, referente institucional del ámbito académico).

En contraste, otro referente señala:

Y si ese niño no se puede comunicar desde el punto de vista auditivo tiene que ir al lenguaje de señas, maestra especializada desde entrada. Yo no creo que nadie que

se dedique a sordera, a pesar de no estar en un protocolo no lo haga, sabes? (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

Esta tensión discursiva entre referentes del mismo campo disciplinar no es menor. Mientras el primero afirma con contundencia la exclusión epistémica de la LS del universo mental de los otorrinos, el segundo niega la posibilidad de que esta exclusión exista, sugiriendo que se asume como una opción práctica aunque no protocolizada. Este contraste revela la falta de consenso institucional y la persistencia de una matriz de pensamiento audiocentrista y capacitista que limita los marcos posibles de acción. Tal contradicción no solo expone una desarticulación en las políticas de intervención, sino que también confirma que la LS continúa siendo concebida como un último recurso, un plan alternativo solo válido cuando todo lo demás ha fracasado. En términos analíticos, esta ambivalencia puede ser leída como un síntoma del orden epistémico que regula qué saberes y qué prácticas se consideran legítimos dentro del campo biomédico (Minayo, 2009), y que reproduce jerarquías disciplinarias donde las perspectivas lingüísticas, culturales y comunitarias siguen subordinadas o directamente excluidas.

En contraposición a este enfoque, el consenso internacional sobre Intervención Temprana Centrada en la Familia (FCEI, 2024) promueve estrategias para incorporar a personas sordas adultas como modelos lingüísticos y culturales desde el inicio del proceso, precisamente para que el aprendizaje de la LS por parte de la familia se dé de forma orgánica, acompañada y contextualizada en la vida cotidiana. Esta perspectiva reconoce que las familias oyentes necesitan apoyos sostenidos y accesibles para aprender una lengua viso-gestual, y que estos apoyos deben incluir interacciones frecuentes con usuarios competentes de la lengua, idealmente adultos sordos.

En Uruguay, algunas experiencias educativas, como las de las escuelas para sordos y las aulas de sordos insertas en escuelas comunes, han incorporado el rol del instructor sordo, quien cumple una función fundamental como modelo lingüístico y cultural en contextos pedagógicos. Diversos estudios y documentos de formación docente destacan el valor de esta figura en el fortalecimiento del acceso a la LS y la identidad sorda (Baranzano y Duarte, 2013; Fernández y Lamela, 2016). No obstante, esta figura no forma parte de una política pública integral y transversal entre los ámbitos de educación, salud y desarrollo infantil, lo cual limita su impacto en los procesos de intervención temprana.

Esta forma de deslegitimación explícita de la LS también se vincula con el desconocimiento, por parte de los profesionales, de evidencia científica actualizada y de las recomendaciones internacionales sobre adquisición temprana del lenguaje en infancias sordas.

Hoy no es una cosa que se trabaje ni en los congresos, ni paper, ni nada sobre el lenguaje de señas. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Se habla de la importancia del diagnóstico temprano. De por qué tiene que concluirse, pero nunca se incorpora el tema de la lengua de señas. No se incorpora. No se considera. (E6, referente institucional del ámbito educativo)

Tal como se observa en los siguientes fragmentos, esta exclusión no solo refleja una omisión en la formación y actualización profesional, sino que configura una forma más, sumada a las anteriormente detectadas y analizadas, de exclusión epistémica que refuerza la marginalización de la LS en las prácticas diagnósticas y de intervención.

Esta ausencia de la LS en los discursos profesionales impide reconocer su estatus de lengua natural y su valor esencial como vía de acceso temprano al desarrollo del lenguaje y a la comunicación para las infancias sordas. Se desconoce, además, el potencial que tendría su incorporación en la vida cotidiana de las niñas sordas, desde el entorno familiar, para favorecer tanto su desarrollo lingüístico como la construcción de vínculos afectivos y significativos. Si bien en Uruguay existen experiencias que promueven el involucramiento de personas sordas adultas, como la participación de mediadores sordos en la Policlínica Luisa Tiraparé (GEDIS, 2021), estas prácticas no han sido articuladas aún con estrategias de acompañamiento familiar sostenidas, como lo hacen programas internacionales centrados en el acceso temprano a modelos lingüísticos señantes, tales como *First Signs* (Nueva Zelanda), *Language First* (Estados Unidos) o la política de LS como primera lengua en Noruega (Holmes et al., 2021; Snoddon y De Meulder, 2020; Hall, 2017; Lillo-Martin et al., 2021; Goodwin y Lillo-Martin, 2023).

La presencia de este discurso de deslegitimación, entonces, no opera de forma aislada, ya que se sustenta en una base epistémica que excluye el paradigma bilingüe y niega la legitimidad de la LS como lengua de pleno derecho. Tal como se analizó en el apartado sobre omisión, esta subvaloración previa condiciona también las recomendaciones explícitas, en tanto despoja a la LS de su potencial como lengua de acceso desde el nacimiento y la posiciona como alternativa secundaria, tardía o prescindible.

En síntesis, la marginalización de la LS a través de su deslegitimación explícita o indirecta se expresa en discursos que reproducen jerarquías lingüísticas, desconocen la evidencia científica, desplazan la responsabilidad institucional y refuerzan un paradigma audiocéntrico centrado en la corrección de la diferencia. Esta relación entre desconocimiento, omisión y deslegitimación no solo excluye a la LS como opción legítima, sino que condiciona las trayectorias posibles para las infancias sordas, vulnerando su derecho a una vida lingüísticamente plena desde el inicio, y constituye un andamiaje

ideológico que limita de manera estructural la garantía de derechos lingüísticos de las infancias sordas.

En el próximo subcapítulo, se profundizará en las implicancias de esta exclusión desde la perspectiva de los derechos humanos de niños, niñas sordos y sus familias.

#### **4.4 Presencia o ausencia de las perspectivas de derechos y de desarrollo en los discursos técnico-profesionales: impactos en el lugar asignado a la LS**

Este subcapítulo cierra el análisis de los datos desde una lectura transversal enfocada en dos dimensiones centrales desde la perspectiva desde la que se aborda el problema de investigación presente. Por un lado el grado de incorporación de la perspectiva de derechos y de desarrollo en los discursos de los referentes técnico-profesionales entrevistados, y por otro la incidencia directa de dichas presencias o ausencias en el lugar simbólico y objetivo que se le otorga a la LS en la primera infancia.

Este análisis final se construye en diálogo con los marcos normativos (CDPD, Ley 17.378), el modelo social de la discapacidad, y los aportes de la psicomotricidad del desarrollo, especialmente desde las perspectivas planteadas por de Pena y Diez (2023). Se propone una articulación crítica que trascienda las descripciones categoriales ya trabajadas, como la omisión, la marginalización y la deslegitimación, para indagar en sus raíces ideológicas y en los efectos que producen sobre la institucionalidad.

Desde una perspectiva latinoamericana contemporánea en derechos de infancia y discapacidad, el reconocimiento de las niñas sordas como sujetos plenos de derechos implica superar la lógica asistencialista y asumir un compromiso estructural de garantía. Tal como plantean de Pena (2013) y Míguez y Sánchez (2015), el enfoque de derechos no se reduce a una enumeración de principios abstractos, sino que exige la activación de dispositivos institucionales que reconozcan y sostengan condiciones reales de accesibilidad simbólica, lingüística y cultural desde el nacimiento.

En este sentido, los derechos no son concesiones otorgadas en función del rendimiento o la productividad, sino que deben ser reconocidos como preexistentes, universales e inalienables. Este carácter inherentemente indivisible e interdependiente de los derechos humanos implica que no pueden fragmentarse ni supeditarse a condiciones particulares, como el desempeño o la capacidad funcional. Tal como plantea de Pena (2013), la práctica profesional, en tanto acto ético y político, no puede desligarse del reconocimiento del otro como sujeto de derechos, lo que exige una implicación clínica y social orientada a la equidad simbólica y material.

Desde los enfoques críticos en políticas públicas y derechos de la infancia, se sostiene que los derechos configuran un mandato ético y político que impone una

corresponsabilidad ineludible entre el Estado, los servicios públicos y los equipos técnicos especializados (Dávila, Naya, 2013; Meresman, 2013). Garantizar el ejercicio efectivo de estos derechos requiere de la provisión de condiciones materiales y simbólicas que permitan la equidad sustantiva, superando la mera igualdad formal. Sin este compromiso, la noción misma de derecho pierde su fuerza operativa y se reduce a una ficción normativa sin impacto real en la vida de las personas. En consecuencia, la garantía de derechos implica una transformación estructural y profunda de las prácticas profesionales y de las políticas públicas, orientadas a la justicia social y al reconocimiento pleno de las diversidades y necesidades específicas de cada infancia.

Desde esta mirada, el derecho a la lengua, y en particular a una lengua viso-gestual accesible como la LS, debe ser comprendido como un derecho estructural para el desarrollo integral de las infancias sordas. Esto implica que la lengua no es simplemente un recurso comunicativo más, sino una condición imprescindible para la construcción de la identidad, la inclusión social y el ejercicio efectivo de los derechos humanos (Bedregal y Pardo, 2004).

Superar las prácticas biomédicas y audistas que han impuesto modelos excluyentes y patologizantes en relación con la sordera requiere reconocer el acceso a la lengua propia como un eje estructurante para la construcción de trayectorias diversas. Este enfoque se alinea con las perspectivas críticas como las de Dávila y Naya (2013), quienes advierten que los enfoques hegemónicos tienden a reducir la complejidad de las infancias en situación de discapacidad a un déficit a corregir, invisibilizando sus derechos culturales y lingüísticos y restringiendo su participación social desde los primeros años de vida. La exposición a una lengua accesible es un derecho que debe ser garantizado desde la perspectiva de derechos humanos y justicia social, reconociendo que su ausencia puede generar inequidades estructurales en el desarrollo y la participación social (Meresman, 2013).

Este principio se encuentra expresamente recogido en la CDPD (ONU, 2006), que en su Artículo 21 reconoce el derecho a expresar y recibir información en la lengua y modos de comunicación preferidos por la persona, incluyendo explícitamente la LS. En el artículo 24, se establece la obligación de los Estados de garantizar el acceso a una educación inclusiva y de calidad en igualdad de condiciones, promoviendo el aprendizaje de la LS y facilitando el desarrollo de la identidad lingüística. Estas disposiciones no son meramente aspiracionales, sino jurídicamente vinculantes para los Estados que la han ratificado, como es el caso de Uruguay.

Comprender el derecho a la lengua como estructural implica reconocer que la negación o la falta de acceso a un sistema lingüístico accesible constituye una barrera profunda, afectando la posibilidad de desarrollo cognitivo, emocional y social de las infancias sordas (Bedregal & Pardo, 2004). En consecuencia, garantizar este derecho es un requisito previo e indispensable para cualquier política, práctica profesional o intervención

que pretenda promover la igualdad, la inclusión y el respeto pleno de los derechos humanos desde la infancia.

Complementariamente, la Declaración Internacional de Derechos de las Niñas y Niños Sordos (WFD, 2016) reafirma que todo niño sordo tiene derecho a adquirir una lengua viso-gestual desde el nacimiento, como condición para su desarrollo cognitivo, emocional y comunicacional. La Declaración establece que los Estados deben garantizar el acceso a modelos lingüísticos señantes, asegurar la presencia de adultos sordos en los equipos de orientación familiar, y fomentar políticas lingüísticas que reconozcan a las LS como patrimonio cultural y derecho humano. El documento también resalta la necesidad de que las decisiones sobre el entorno lingüístico del niño no estén mediadas exclusivamente por criterios médicos, sino por principios de justicia lingüística, accesibilidad y diversidad cultural.

Sin embargo, este marco normativo y conceptual contrasta fuertemente con los discursos técnico-profesionales analizados, donde la LS aparece con frecuencia relegada a una posición condicional o subsidiaria. Como quedó en evidencia hasta ahora, lejos de ser comprendida como un derecho fundante, la lengua viso-gestual es tratada como un recurso que solo se habilita si fracasa el acceso a la lengua oral, bajo una lógica de reparación tecnológica del déficit auditivo:

No le podés decir a un padre que ande viendo el lenguaje de señas (...) Es como decirle a un paciente con cáncer que vaya preparando el cajón. (...) Lenguaje de señas, no sé, si en el futuro las cosas marcharan muy mal (...) podrías intentar. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Siempre tenemos que pensar que es una lengua acotada a una población (...) Es una herramienta maravillosa, pero reducida a una población muy acotada. (E1, referente institucional del ámbito sanitario)

Estos testimonios reflejan una concepción audista (Bauman, 2008), que jerarquiza la LO como vía privilegiada del desarrollo y desplaza la LS a un lugar de residuo o emergencia, sin valor estructurante.

Tal como desarrolla de Pena (2023), desde el enfoque de la psicomotricidad social, el lenguaje se concibe como una dimensión relacional y simbólica que participa activamente en los procesos de subjetivación, habilitando la posibilidad de inscribirse en la cultura a través de la experiencia intersubjetiva del cuerpo en vínculo. En este sentido, el lenguaje no es una herramienta neutra ni meramente funcional, sino un mediador fundante del lazo social, del cuidado y del acceso al mundo simbólico. La ausencia o postergación del acceso

a una lengua natural y accesible, como lo es la LS para los niños sordos, implica una forma de privación temprana que puede afectar la organización de la vida psíquica, el sentido de pertenencia y las posibilidades de participación social. En esta línea, Glickman y Hall (2018) plantean que la privación lingüística no solo compromete el desarrollo cognitivo y comunicacional, sino que puede constituirse en un factor de riesgo para la salud mental, en tanto fractura los vínculos intersubjetivos fundamentales en la primera infancia.

Por tanto, cuando la LS se ofrece únicamente como un “plan B”, se está omitiendo la dimensión de justicia lingüística, se niega la titularidad plena de derechos desde el nacimiento, y se relega el desarrollo infantil a un campo puramente técnico, despojado de su densidad política y cultural. Este posicionamiento institucional, reflejado en los discursos relevados, contradice no solo los marcos normativos internacionales, sino también los principios éticos de la intervención en infancia desde una perspectiva crítica de derechos.

Incorporar una perspectiva de derechos lingüísticos y de desarrollo desde el nacimiento, en clave interseccional y situada, requiere transformar radicalmente las prácticas institucionales en torno a la notificación diagnóstica, la orientación a familias y la intervención temprana. Esto implica revisar las lógicas de experticia que subordinan la lengua al diagnóstico clínico y pensar la accesibilidad lingüística como parte constitutiva del cuidado, del vínculo y del derecho a ser.

#### **4.4.1 La ausencia de pluralidad de trayectorias para el desarrollo integral**

Para comprender las raíces ideológicas que sostienen este posicionamiento, es necesario analizar con mayor profundidad la concepción de desarrollo que subyace a los discursos relevados, partiendo de la base de que el desarrollo no es simplemente un proceso natural o biológico, sino un derecho humano fundamental. Tal como establece la CDN, en su Artículo 6, los Estados deben garantizar al niño o niña el derecho intrínseco a la vida, asegurando en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo (CDN, 1989). Esta formulación posiciona el desarrollo como un principio orientador del accionar estatal, que impone deberes concretos en términos de condiciones materiales, simbólicas y vinculares que hagan posible su despliegue. En consecuencia, el desarrollo debe ser comprendido desde una perspectiva integral y situada, que considere la diversidad de trayectorias infantiles y promueva su acompañamiento en el marco de la corresponsabilidad institucional.

Desde este marco, se vuelve fundamental diferenciar el desarrollo de otras nociones comúnmente asociadas, como crecimiento y maduración. El crecimiento se refiere al aumento cuantitativo de las dimensiones corporales y puede medirse a través de

parámetros biométricos objetivos, pero no da cuenta de los aspectos subjetivos ni sociales del devenir humano (Bedregal, Pardo, 2004). Por su parte, la maduración alude a la evolución neurológica y funcional del organismo, regulada en parte por patrones genéticos, y se concibe como base para la emergencia de determinadas habilidades (Coriat, Jerusalinsky, 2004). Sin embargo, ambas categorías resultan insuficientes para capturar la complejidad del desarrollo infantil en tanto proceso subjetivo, relacional y situado.

Desde la perspectiva psicosocial y psicomotriz, el desarrollo es entendido como una construcción vincular que acontece en un entramado de relaciones afectivas, simbólicas, culturales y materiales, y no se reduce a una progresión lineal de adquisiciones funcionales, sino que implica la posibilidad de construir sentido, identidad y pertenencia a partir del vínculo con otros significativos (de Pena, Diez, 2023). Es este carácter relacional e histórico lo que permite hablar del desarrollo como un proceso abierto, que no puede ser comprendido ni promovido fuera de su contexto.

En contraste, los discursos técnico-profesionales analizados revelan una concepción restringida del desarrollo, fuertemente asociada a la maduración biológica y la adquisición de la LO como único camino legítimo. Por ejemplo:

El screening está hecho para recién nacidos, para arrancar de cero y para poner implantes cocleares. El fundamento del screening no es conocer a la comunidad de sordos sino erradicar la comunidad de sordos mediante el diagnóstico rápido y el uso del implante coclear. (E8, referente institucional del ámbito sanitario)

Si vos no lo equipás en esos primeros momentos, no tenés buenos resultados después. Entonces se pierden tiempos (...) no es lo mismo equipar a un bebé a los 6 meses al año, que equiparlo a los 2, 3. Ahí ya no tenés un normoyente. (E10, referente institucional del ámbito académico)

Estas afirmaciones expresan un modelo que patologiza la diferencia y confunde el desarrollo con la restitución de funciones normativas. En este esquema, la LO se convierte en la única vía aceptable de comunicación y la implantación coclear se posiciona como la condición para “desarrollar el lenguaje”, invisibilizando el derecho a la lengua viso-gestual y a trayectorias diversas.

Esta representación se sostiene sobre una matriz ideológica que asocia desarrollo con normalización, ignorando que la accesibilidad lingüística desde el nacimiento es un componente estructural del derecho al desarrollo. Como señalan Coriat y Jerusalinsky (2009), el acceso temprano a una lengua natural es condición para la simbolización, la subjetivación y la inclusión del niño o niña en su entorno, dimensiones fundantes del desarrollo.

Desde la psicomotricidad social, de Pena y Diez (2023) plantean que el desarrollo no puede ser concebido como la suma de habilidades adquiridas, sino como un proceso de inscripción del sujeto en un entramado simbólico y vincular, que le permita constituirse en interlocutor del mundo que habita. Por tanto, negar o postergar el acceso a una lengua natural accesible equivale a obstruir la posibilidad misma de desarrollo, especialmente en los primeros años de vida de las niñas sordas o con dificultades auditivas que nacen en el seno de familias oyentes.

En este contexto, la marginalización de la LS en los discursos institucionales cobra especial relevancia. No se menciona la posibilidad de garantizar su adquisición temprana, ni de acompañar a las familias en ese proceso. Por el contrario, se evidencia una lógica que subordina el lenguaje al dispositivo médico:

y lo que se hace es rápidamente una vez que el niño chiquito está diagnosticado, implantarlo. Implantarlo mucho antes de que él logre desarrollar, como decís vos, una comunicación con los padres. Porque hasta ese momento no sabemos el grado de pérdida auditiva, entonces el estímulo auditivo tiene que darse igual. (...) Y como hoy el implante se coloca rápidamente, no hay necesidad de que vos tengas que explicarle a la mamá cómo tiene que comunicarse con el niño. No le dan los tiempos de aprendizaje de otro lenguaje. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Este posicionamiento despoja al desarrollo de su densidad relacional, afectiva y cultural, reduciéndolo a una trayectoria predefinida según criterios de eficiencia biomédica. Las recomendaciones se ajustan a la disponibilidad adulta, sin contemplar las necesidades psicofisiológicas del niño o niña ni su derecho a habitar una lengua desde el inicio.

En contraste, una intervención centrada en derechos y desarrollo debe reconocer que la estimulación temprana no es una mera activación de funciones, sino una práctica ética que habilita el despliegue de la subjetividad y la singularidad. Tal como señalan Coriat y Jerusalinsky (2008), intervenir en la infancia no es intervenir sobre un cuerpo neutral, sino sobre un sujeto en desarrollo, cuyas condiciones de existencia determinan su posibilidad de ser.

Esta perspectiva también se encuentra en los testimonios relevados:

El desarrollo principal en los primeros meses de vida no es por la voz, o por la lengua oral, es por el lenguaje gestual y por la comunicación no verbal. (E3, referente institucional del ámbito sanitario)

La adquisición del lenguaje, la oralización, es un trabajo arduo para el niño, el desarrollo, la conexión neuronal, el crear las áreas del lenguaje. (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

Si vos no lo equipás en esos primeros momentos, no tenés buenos resultados después. Entonces se pierden tiempos (...) no es lo mismo equipar a un bebé a los 6 meses al año, que equiparlo a los 2, 3. Ahí ya no tenés un normoyente. (E10, referente institucional del ámbito académico)

Al niño le sirve tener algo en el oído, recibir algunos sonidos que eso siempre estimula, por más que no oiga la voz de la familia, para después cuando se coloca el implante, el niño está habituado. (E1, referente institucional del ámbito sanitario)

En síntesis, los discursos técnico-profesionales dominantes evidencian una concepción restringida y homogeneizadora del desarrollo, que lo reduce a la restauración de funciones normativas y a la adquisición temprana de la LO como única vía legítima de comunicación. Esta mirada patologiza la diversidad lingüística y cultural de las infancias sordas, invisibilizando la existencia de trayectorias múltiples y el derecho fundamental a acceder desde el nacimiento a su lengua natural.

La ausencia de reconocimiento de esta pluralidad de trayectorias y la subordinación del desarrollo a criterios biomédicos y temporales obstaculizan la posibilidad de un desarrollo integral, relacional y situado. Tal como lo plantean las perspectivas psicosociales y psicomotrices, el desarrollo es un proceso complejo que implica la construcción de sentido, identidad y pertenencia a través del vínculo con otros significativos, y requiere de condiciones materiales, simbólicas y afectivas adecuadas para desplegarse. Por ello, resulta imprescindible que las políticas e intervenciones sobre la infancia sorda se orienten hacia la garantía efectiva del derecho al desarrollo como un derecho integral y plural, que contemple la diversidad de lenguas y culturas, promueva la accesibilidad lingüística temprana y respete las trayectorias singulares de cada niño y niña. Solo de este modo será posible construir prácticas inclusivas y éticas que valoren la riqueza de la diversidad y fortalezcan la subjetivación y el bienestar en la infancia.

#### **4.4.2 Perspectiva situada: la excepción que confirma la regla**

A pesar de la hegemonía de discursos tecnocráticos y audistas identificados como predominantes en esta investigación, emergen fragmentos que tensionan esta lógica monolítica, revelando cierta sensibilidad hacia la diversidad de trayectorias en el desarrollo

infantil y la necesidad de opciones comunicativas y lingüísticas más inclusivas. Así lo evidencian algunas voces profesionales:

Hay niños que nacen con un entorno que no los puede estimular en lo oral. Y ahí es donde hay que dar opciones. Que no quede todo centrado en el oído (E7, referente institucional del ámbito sanitario)

Y si ese niño no se puede comunicar desde lo auditivo tiene que ir a lengua de señas, maestra especializada desde entrada (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

Estos fragmentos dan cuenta de una mirada crítica incipiente, aún aislada y carente de institucionalización, que reconoce el carácter situado y plural del desarrollo infantil. Sin embargo, como lo muestra el análisis general, estas expresiones no se traducen aún en anclajes normativos, políticas públicas ni en una formación profesional sistemática.

Desde la perspectiva del conocimiento situado en clave latinoamericana, De Sena y Ferreira (2020) proponen repensar los saberes técnicos no como verdades neutrales, sino como construcciones sociales inscritas en relaciones de poder, prácticas institucionales y trayectorias profesionales. Esta mirada cuestiona la supuesta objetividad del discurso biomédico, y en su lugar promueve una ética relacional y contextual que reconozca la diversidad de experiencias. Así, las voces que problematizan el paradigma dominante representan un conocimiento situado que interpela la lógica excluyente y que, si logra articularse colectivamente, puede devenir en una fuerza transformadora. En esta línea, de Pena y Diez (2023) destacan que “solo desde la implicación ética con los contextos vitales concretos se pueden construir prácticas verdaderamente emancipadoras”.

El carácter situado de esta excepción da cuenta de las tensiones entre normas institucionalizadas que reproducen un modelo biomédico y audista, centrado en la LO, la tecnología (IC, audífonos) y la rehabilitación auditiva, y una sensibilidad crítica que aspira a reconocer el derecho pleno a la LS desde el nacimiento como condición fundamental para el desarrollo integral, la construcción de identidad y el acceso a la cultura (de Pena, 2023; Míguez y Sánchez, 2015).

Este compromiso ético requiere una transformación profunda de las prácticas técnico-profesionales, desde una comprensión del desarrollo infantil como un proceso multidimensional, relacional y situado, en el cual la accesibilidad lingüística y cultural constituye un derecho fundamental y una condición estructurante del bienestar psíquico y la participación social (Glickman, Hall, 2018; de Pena, Diez, 2023).

En este sentido, los principios consensuados en el documento *Best Practices in Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing* (Moeller et al., 2013) brindan un marco claro para superar las exclusiones observadas. Entre sus recomendaciones, destaca la necesidad de reconocer y validar la diversidad cultural y lingüística de las familias, legitimar la LS como lengua natural de las personas sordas, y garantizar su acceso temprano como clave para el desarrollo cognitivo, emocional y social.

Las familias no tienen toda la información. A veces ni se les menciona que existe la lengua de señas. (E6, referente institucional del ámbito educativo).

Porque la familia primero tiene que asumir la sordera... y eso es muy duro. No contamos con un asistente social que los guíe, que los ayude, y eso sería súper importante. Precisan un apoyo social estas familias. (E2, referente institucional del ámbito sanitario)

Lo que hacemos hasta el momento es tratar de acompañar con lo básico. Siempre dar tips a los familiares: a cuánta distancia hablar, si el niño es acúsico o tiene hipoacusia... pero es muy limitado. (E5, referente institucional del ámbito académico)

Estos testimonios revelan un rol central de la familia como institución clave en la garantía de derechos de las niñas sordas, pero también muestran las debilidades del sistema para acompañarlas adecuadamente. En este sentido, la perspectiva de De Martino resulta fundamental para comprender la dimensión ética y política del acompañamiento familiar. De Martino (2012, 2017) sostiene que el reconocimiento de la familia como sujeto de derecho colectivo implica reconfigurar las intervenciones profesionales desde una lógica de corresponsabilidad, cuidado y apoyo estructural, y no desde la delegación unilateral o la sobrecarga individualizada. Este enfoque convoca a las políticas públicas y a los equipos técnicos a sostener procesos que fortalezcan el entramado relacional entre familias, niñas y lenguas posibles, lejos de las prescripciones uniformadoras.

Moeller et al. (2013) también enfatizan que brindar información imparcial, accesible y sin prejuicios sobre las distintas opciones comunicativas es una condición necesaria para que las familias puedan tomar decisiones informadas. Igualmente, recomiendan fomentar la participación activa de las familias como agentes centrales, ofreciéndoles apoyo emocional, acompañamiento continuo y formación específica para acompañar el desarrollo lingüístico de sus hijas e hijos.

Estos lineamientos también proponen una formación profesional desde una perspectiva interdisciplinaria que supere el sesgo biomédico y audista, incorporando sensibilidad hacia la diversidad lingüística y cultural de las infancias. Un punto crucial es

asegurar el acceso temprano y garantizado a la LSU como parte integral del plan de intervención, no como una alternativa residual o condicional, sino como derecho esencial desde el nacimiento.

En la carrera nunca vimos nada de lengua de señas. Es como si no existiera. Todo pasa por el lenguaje oral y la audiometría (E4, referente institucional del ámbito académico)

La distancia entre estas recomendaciones internacionales y la realidad formativa local subraya la urgencia de transformar las políticas, las prácticas profesionales y los marcos educativos. Convertir esta excepción en regla requiere cuestionar críticamente las lógicas de experticia y la manera en que se articulan diagnóstico, intervención y orientación a familias, adoptando una perspectiva interseccional y situada que legitime trayectorias múltiples y plurales (de Pena, 2023).

Desde esta perspectiva, la exclusión de la LS y la marginación de trayectorias plurales no responden a una necesidad técnica o científica, sino a construcciones ideológicas que pueden, y deben, ser disputadas. Esta “excepción que confirma la regla” abre una brecha para la transformación, tensionando el modelo hegemónico y convocando a prácticas profesionales y políticas orientadas por la justicia lingüística, la accesibilidad cultural y el desarrollo pleno de las niñas y niños sordos.

Como advierte Gulati (2021), negar el acceso temprano a una lengua visual y natural constituye una forma prevenible de privación lingüística, cuyas consecuencias pueden ser irreversibles en términos de desarrollo cognitivo, emocional y social. Esta privación, además de vulnerar derechos fundamentales, genera efectos acumulativos que afectan la construcción de identidad y pertenencia.

En concordancia con los instrumentos internacionales, como la CDPD (ONU, 2006) y la CDN (ONU, 1989), la legislación uruguaya también ha comenzado a reconocer el derecho a la LSU. La Ley N.º 17.378 (2001) oficializa la LSU como lengua natural de la comunidad sorda, y la Ley General de Educación N.º 18.437 (2008) la incorpora por primera vez en el marco de la educación inicial. El Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (2021–2025) refuerza esta línea, al promover un enfoque basado en la diversidad, la accesibilidad y los derechos desde el nacimiento.

No obstante, estos marcos normativos aún no se traducen en transformaciones estructurales. La persistencia de una lógica tecnocrática, centrada en la oralización como plan A, B y C, continúa postergando el acceso pleno a la LSU:

El implante es como el plan A, B y C. Y si no funciona, ahí sí se habla de señas. Pero ya pasó tiempo, y eso tiene consecuencias (E9, referente institucional del ámbito académico)

Frente a esto, la ética del cuidado situada de Puig de la Bellacasa (2017) plantea un horizonte transformador, al reclamar prácticas profesionales adaptadas a las condiciones específicas de cada niñez y familia. Esta perspectiva dialoga con los aportes de Chokler (2005, 2010), quien sostiene que el desarrollo infantil no puede pensarse como una secuencia lineal de funciones aisladas, sino como una construcción relacional atravesada por múltiples organizadores: el cuerpo, la cultura, el vínculo y la palabra. Desde esta mirada, el acceso temprano a una lengua, en este caso viso-gestual, es una condición estructurante para la simbolización, el despliegue subjetivo y la participación social.

No todos los niños son iguales. No todas las familias pueden lo mismo. Hay que pensar más allá del protocolo (E1, referente institucional del ámbito sanitario)

Por tanto, solo políticas públicas que reconozcan la pluralidad de trayectorias lingüísticas como norma —y no como excepción— podrán consolidar una institucionalidad que garantice el desarrollo integral de las niñas sordas en todas sus dimensiones humanas. Esta transformación no es optativa: es imprescindible para cumplir con los más altos estándares en derechos de infancia y discapacidad, y para construir una sociedad verdaderamente inclusiva, justa y respetuosa de la diversidad.

## Capítulo 5: Consideraciones finales

En esta investigación me propuse analizar las construcciones simbólicas y objetivas que yo observo y percibo que referentes técnico-profesionales e institucionales producen acerca de la LS en el marco de la comunicación diagnóstica de sordera o dificultades auditivas en la primera infancia. A partir del análisis temático de entrevistas y documentos institucionales, identifiqué configuraciones discursivas que reflejan, reproducen y, en ocasiones, tensionan una matriz hegemónica marcada por el modelo médico-rehabilitador, el oralismo y una visión audiocéntrica del desarrollo infantil.

Uno de los hallazgos más relevantes que registré refiere a la persistente indiscriminación conceptual entre lenguaje, lengua y habla, presente en múltiples niveles del discurso técnico-profesional. Esta confusión epistemológica funciona como sustrato del paradigma biomédico, que tiende a reducir el desarrollo lingüístico al desarrollo de la LO, invisibilizando o deslegitimando la existencia de otras lenguas posibles, como la LS, entendida como lengua natural, completa y accesible para las personas sordas. Esta invisibilización se traduce en prácticas institucionales que condicionan el desarrollo comunicativo y cognitivo a la oralidad, excluyendo la LS como recurso legítimo y prioritario.

Comprendí que este modelo hegemónico de intervención temprana, centrado en la restitución de la audición mediante la oralidad y la tecnología, no surge de manera espontánea ni neutral. Tiene raíces históricas profundas en decisiones como las tomadas durante el Congreso Internacional sobre la Educación de los Sordos en Milán en 1880, donde se oficializó la prohibición del uso de LS en los sistemas educativos. Este evento, dominado por representantes del oralismo europeo, promovió el uso exclusivo de la LO, argumentando que la LS era perjudicial para el desarrollo intelectual y social de las niñas sordas, desplazando sistemáticamente la LS de los espacios pedagógicos e instaurando un régimen de exclusión lingüística que perduró más de un siglo.

Desde mi análisis, y siguiendo a Lane (1992), observé cómo estas intervenciones, presentadas como cuidado y mejora, operaron como formas de control y silenciamiento, amparadas en una supuesta benevolencia médica. Comprendí que el oralismo no fue solo una orientación metodológica, sino un dispositivo de poder que actuó sobre cuerpos, voces y lenguas, imponiendo un único modo legítimo de ser y comunicar, y que sus consecuencias persisten en la actualidad en muchas prácticas institucionales, especialmente aquellas que, bajo el discurso de rehabilitación, siguen marginando la LS.

Asimismo, identifiqué que el discurso diagnóstico contemporáneo está fuertemente temporalizado, centrado en la idea de la “ventana de oportunidad” y la necesidad de actuar “a tiempo”, medicalizando la intervención temprana y colocando la tecnología auditiva como condición indispensable para el desarrollo del lenguaje. La retórica de la irreversibilidad del

daño tensiona con una concepción basada en derechos humanos, que reconoce la diversidad lingüística y cultural como un valor en sí mismo.

A pesar del reconocimiento jurídico de la LS en Uruguay, percibí que en la práctica sigue siendo marginada o considerada un recurso compensatorio dentro de los discursos y prácticas institucionales, presentándose muchas veces como opción distante, onerosa o contraproducente. Reconocí algunas voces críticas dentro del campo técnico-profesional que cuestionan estas lógicas, pero constaté que son escasas, tímidas y aún carecen de sustento teórico sólido, limitando su alcance. Estas fisuras, aunque débiles, constituyen puntos de partida que considero necesarios fortalecer y sistematizar para favorecer una transformación profunda y sustentable.

Finalmente, analicé el contexto uruguayo a partir de datos del MSP y del Sistema Nacional Integrado de Salud, estimando que entre 1 y 2 de cada 1000 recién nacidos presentan algún grado de pérdida auditiva, cifras que se alinean con estimaciones regionales de la Organización Panamericana de la Salud. Uruguay ha avanzado en marcos legales que reconocen la LS y en la creación de dispositivos de diagnóstico precoz, aunque la integración real de la LS en intervenciones tempranas y educativas sigue siendo limitada. Comparativamente, el país se encuentra en transición hacia políticas más inclusivas, pero persisten desafíos para superar el predominio del modelo biomédico y audiocentrista.

## **5.2 Aportes de la investigación**

Desde mi perspectiva académica, considero que esta tesis aporta conocimiento original y necesario en un área aún poco explorada en Uruguay y América Latina: la intersección entre primera infancia, sordera, derechos lingüísticos y discursos técnico-profesionales. La aplicación del análisis temático de discurso me permitió revelar no solo el contenido explícito de políticas y protocolos, sino también las tramas simbólicas que los sostienen, sus silencios, omisiones y los efectos materiales que estas configuraciones producen en las trayectorias infantiles.

Metodológicamente, constaté que la articulación entre entrevistas en profundidad y análisis documental habilitó una comprensión relacional entre prácticas profesionales, marcos normativos e ideologías. El enfoque abductivo y situado me permitió realizar una lectura crítica compleja, evitando simplificaciones y juicios moralizantes, reconociendo la historicidad y la dinámica de los discursos institucionales.

Desde mi posicionamiento político y ético, esta investigación se inscribe en la reivindicación del derecho de las niñas sordas a acceder tempranamente a una lengua

natural, en este caso la LS, y a ser reconocidas como sujetos plenos de derechos lingüísticos, comunicacionales y culturales. Considero que el estudio aporta insumos clave para la reflexión ética, profesional e institucional sobre cómo se informa, acompaña y qué se omite en la notificación diagnóstica, y alerta sobre los riesgos que supone la reproducción de lógicas excluyentes y jerarquizadoras.

Además, este trabajo me invita a revisar críticamente la formación académica universitaria respecto de la sordera infantil. Observé que persiste un enfoque biomédico dominante, centrado en la restitución auditiva mediante tecnología, sin integrar con igual jerarquía la dimensión sociolingüística, cultural y comunitaria. Esto influye en la producción de conocimiento, en las decisiones diagnósticas y en la intervención profesional, reforzando una lógica de normalización que obstaculiza el reconocimiento de la LS como parte del desarrollo integral. Frente a este panorama, considero urgente habilitar un desplazamiento epistemológico y ético en los espacios de formación, que favorezca la construcción de marcos más complejos, críticos e inclusivos.

### **5.3 Límites del estudio**

Debo señalar que trabajé con una muestra intencionada y limitada de referentes institucionales, sin incluir voces directas de familias ni personas sordas, cuya incorporación sería esencial para futuras investigaciones que permitan triangulaciones de sentidos y mayor complejidad analítica. Tampoco pude realizar observación etnográfica de procesos de notificación diagnóstica en acto, lo que habría permitido captar dimensiones gestuales, relacionales y afectivas que escapan al análisis discursivo.

Si bien circunscribí el estudio al contexto uruguayo, considero que sus hallazgos dialogan con debates regionales e internacionales sobre la implementación de tecnologías auditivas como política pública y la necesidad urgente de abordajes plurales, lingüísticamente inclusivos y culturalmente sensibles.

### **5.4 Recomendaciones y líneas futuras**

A partir de los resultados, propongo tres líneas prioritarias para la acción política, institucional y académica. Primero, considero fundamental avanzar en políticas públicas intersectoriales que involucren salud, educación y desarrollo social, garantizando el acceso temprano, sostenido y efectivo a la LS desde la notificación del diagnóstico de sordera o

dificultad auditiva. Estas políticas deben asegurar que todas las familias reciban información clara, plural y fundamentada, habilitando herramientas para la toma de decisiones informada y respetuosa de la diversidad lingüística y cultural, siguiendo ejemplos exitosos en Chile y Argentina.

Segundo, considero indispensable incorporar en la formación de profesionales de salud, educación y trabajo social contenidos sobre diversidad lingüística, modelos sociales de discapacidad, comunidad sorda y las implicancias éticas y políticas de las decisiones diagnósticas. Esta formación debe promover la mirada de derechos lingüísticos y culturales, superando enfoques biomédicos y mitos socialmente arraigados, contribuyendo a la transformación de prácticas institucionales hacia modelos inclusivos y respetuosos.

Finalmente, considero imprescindible impulsar investigaciones participativas que involucren activamente a personas sordas adultas, familias y organizaciones representativas como co-investigadoras, y no meramente como informantes. Solo mediante estos procesos colaborativos será posible construir conocimientos situados, legítimos y transformadores, que respondan a necesidades reales y respeten la voz y cultura de la comunidad sorda.

En suma, sostengo que la defensa y promoción de la LS desde la primera infancia es indispensable para garantizar el desarrollo integral, la subjetividad plena y la ciudadanía efectiva de las personas sordas. Considero que desplazar las lógicas exclusivas de normalización biomédica hacia una visión intercultural, plural y respetuosa constituye un desafío ético, político y social que Uruguay debe asumir con urgencia y compromiso.

## Referencias

Administración de los servicios de salud del estado. (2017). Catálogo de buenas prácticas en maternidades de ASSE. <https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-REALIZA-DETECCION-PRECOZ-DE-HIPOACUSIA-EN-NINOS-RECIEN-NACIDOS-DE-TODO-EL-PAIS-3011>

Alisedo, G. (2009). La lengua materna: una aproximación psicolingüística. Paidós.

Almeida Filho, N. (2011). La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Lugar Editorial.

Angulo, S., Díaz, S. y Míguez, M. (comp.). (2015). Infancia y discapacidad: una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos. Udelar, FCS-GEDIS.

Arrabal, A. A. (2008). Hacia una nueva concepción de la educación de la primera infancia como derecho: avances y desafíos globales. *Revista Iberoamericana de educación*, 47(5), 1-12. <https://doi.org/10.35362/rie4752271>

Baranzano, M., Duarte, M. (2013). Instructores sordos: El modelo lingüístico y cultural en las aulas bilingües. Ministerio de Educación.

Bardin, I. (2002). Análisis de contenido (E. Martín, Trad.). Ediciones Akal. (Obra original publicada en 1977).

Bauman, H. I. (2008). *Open your eyes: Deaf studies talking*. University of Minnesota Press.

Bazon, F. V. M., Campanelli, E. A. y Blascovi-assis, S. M. (2004). A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicologia: teoria e prática*, 6(2), 89-99.

Bedregal, P. y Pardo, M. (2004). Desarrollo infantil temprano y derechos del niño. Unicef Chile, Serie reflexiones: Infancia y adolescencia, 1.

Behares, I. (2011). Nuevas corrientes en la educación del sordo: de los enfoques clínicos a los culturales. Buenas tareas. <https://cutt.ly/z0jjZSz>

Benvenuto, A. (2004). ¿De qué hablamos cuando hablamos de "sordos". *Ciudadanos: Revista de Crítica Política y Propuesta*, 4(7-8), 89-96.

Benvenuto, A. (2005). Bernard Mottez and the Sociology of the Deaf. *Sign Language Studies*, 6(1), 4–16. <http://www.jstor.org/stable/26190700>

Bersanelli, I. (2014). El cuerpo con marca: Discapacidad, género y subjetividad. Paidós.

Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

Brito de la Nuez, A.G. y Pérez-López, J. (Coord.). (2004). Manual de Atención Temprana. Pirámide.

Brogna, P. (2009). Las múltiples dimensiones de la discapacidad: Una aproximación desde la perspectiva bioética. Fondo de Cultura Económica.

Campos, G. (2006). Medicina y salud: Crítica al pensamiento médico hegemónico. Siglo XXI Editores.

Canales, M. (Coord.). (2014). Escucha de la escucha. Análisis e interpretación de la investigación cualitativa. LOM ediciones.

CCEPI, UCC. (2014). Marco curricular para la atención y educación de niñas y niños uruguayos desde el nacimiento a los seis años. <https://cutt.ly/s0jl5dq>

Chokler, M. (1994). Los organizadores del desarrollo. Ediciones Cinco.

Chokler, M. (2005). Clínica del desarrollo: Propuestas desde la psicomotricidad. Lugar Editorial.

Chomsky, N. (1965). Aspects of the theory of syntax. MIT Press.

Clark, M. D., Cue, K. R., Delgado, N. J., Greene-Woods, A. N., y Wolsey, J. L. A. (2020). Early intervention protocols: Proposing a default bimodal bilingual approach for deaf children. *Maternal and Child Health Journal*, 24(11), 1339-1344. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03005-2>

Código de la Niñez y la Adolescencia. (2004). República Oriental del Uruguay. <https://cutt.ly/Lz4sD4dG>

Comité de los derechos del niño. (2006). Observación General N.º 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Naciones Unidas.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). Naciones Unidas. <https://cutt.ly/Fz4sK3rZ>

Convención sobre los Derechos del Niño. (1989). Naciones Unidas. <https://cutt.ly/1z4sU2HR>

COPIDIS. (2015). Una mirada transversal de la sordera. Buenos Aires Ciudad. <https://www.buenosaires.gob.ar/copidis/publicaciones/una-mirada-transversal-de-la-sordera>

Coriat, E., y Jerusalinsky, A. (2004). Problemas en el desarrollo infantil: Desde el diagnóstico a la intervención. Paidós.

Corbetta, P. (2007). Metodología y Técnicas de investigación social. McGraw Hill.

Dallman, A., Holcomb, T. K., y Mcmillan, J. H. (2016). Implicit and explicit biases in the education of deaf students. Gallaudet University Press.

Dávila, P. y Naya, L. M. (2013). Derechos de la infancia y educación inclusiva en América Latina. Ediciones Granica.

Day, I. A. y Brice, P. (2013). Development and initial validation of a questionnaire to measure hearing parents' perceptions of health care professionals' advice. *Journal of deaf studies and deaf education*, 18(1), 123-137.

De martino, M. (2002). Perspectivas teórico-metodológicas para el análisis de la intervención técnica en procesos familiares. (Documentos de Trabajo / FCS-DTS;20). Udelar, FCS-DTS.

De Martino, M. (2012). Familias, derechos y políticas públicas: Hacia un enfoque corresponsable. MIDES.

De pena, L. (2013). Apuntes bioéticos acerca de la clínica psicomotriz en la infancia. *Revista de la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad, La Psicomotricidad desde una perspectiva ética*, 1 (1), 2a. época.

De Pena, M., y Diez, M. (2023). *Psicomotricidad del desarrollo*. Ediciones Psicomot.

De Souza, M., Ferreira, S., Cruz, O. y Gomes, R. (2007). *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Desgeorges, J. (2003). Family perceptions of early hearing, detection, and intervention Systems: Listening to and learning from families. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 9(2), 89-93.

Enia. (2008) *Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación*. Montevideo. Disponible en <http://www2.convivencia.edu.uy/web/wpcontent/uploads/2013/12/Pol%C3%ADticas-de-la-infancia-en-el-INAU.pdf>

Escudero, B. (2009). *El implante coclear y la oralización. Paradojas de la "normalización"*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/9525>

Feher-Prout, T. (1996). Stress and coping in families with deaf children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1(3), 155-166.

Ferrari, S., Zaher, V. L., y Gonçalves, M. D. J. (2010). O nascimento de um bebê prematuro ou deficiente: questões de bioética na comunicação do diagnóstico. *Psicologia USP*, 21, 781-808. <https://doi.org/jqd2>

Ferreira, A. (2019.). *Familias en las políticas sociales de primera infancia. El caso del Plan Centros de Atención a la Infancia y la Familia*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/30386>

Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. Tusquets.

Friedman Narr, R. y Kemmery, M. (2015). The nature of parent support provided by parent mentors for families with deaf/hard-of-hearing children: Voices from the start. *Journal of deaf studies and deaf education*, 20(1), 67-74.

- Galeano, J. (2004). *El diseño de investigación cualitativa*. Trillas.
- Giuntini, G., Forli, F., Nicastro, R., Ciabotti, A., Bruschini, L. y Berrettini, S. (2016). Early care in children with permanent hearing impairment. *Acta otorhinolaryngologica Italica : organo ufficiale della Societa italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale*, 36(1), 51–59. <https://doi.org/gbvtjw>
- Glickman, N. S., y Hall, W. C. (Eds.). (2018). *Language deprivation and deaf mental health*. Routledge.
- González, P., y Fuentes, M. (2019). *Participación e investigación: Voces desde la comunidad sorda*. Ediciones Inclusión.
- Gpod. (2010). *Position Statement and Recommendations for Family Support in the Development of Newborn Hearing Screening Systems (NHS)/Early Hearing Detection and Intervention Systems (EHDI) Worldwide*.
- Gracia, D. (2007). *Ética de los cuidados*. Triacastela.
- Gribov, D. (2015) *Psicomotricidad: disciplina en debate. Problematizando nuestras prácticas*. Psicolibros
- Grosjean, F. (2010). *Bilingual: Life and reality*. Harvard University Press.
- Guerra, V. (2020). *Vida psíquica del bebé: La parentalidad y los procesos de subjetivación*. APU, Instituto Universitario de Posgrado en Psicoanálisis.
- Gularte, A. (2014). *Niños sordos hijos de padres oyentes: comunicación y relacionamiento*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5484>
- Gulati, S. (2021). Preventing language deprivation in deaf children. In GLICKMAN, N. y hall, w. c. (Eds.), *Language deprivation and deaf mental health*. Routledge.
- Hall, W. C. (2017). What you don't know can hurt you: The risk of language deprivation by impairing sign language development in deaf children. *Maternal and Child Health Journal*, 21(5), 961–965.
- Hall, M. L., Hall, W. C. y Caselli, N. K. (2019). Deaf children need language, not (just) speech. *First Language*, 39(4), 367-395. DOI: <https://doi.org/gfxcb2>
- Hall, W. C., Levin, L. L. y Anderson, M. L. (2017). Language deprivation syndrome: A possible neurodevelopmental disorder with sociocultural origins. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 761-776. DOI: 10.1007/s00127-017-1351-7
- Herrero, C., y Tarrés, A. (2016). *La sordera desde una perspectiva de derechos*. Universidad de Barcelona.
- Holzinger, D., Fellingner, J. y Beitel, C. (2011). Early onset of family centred intervention predicts language outcomes in children with hearing loss. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 75(2), 256-260. DOI: <https://doi.org/cssb39>

Hrastinski, I. y Wilbur, R. B. (2016). Academic achievement of deaf and hard-of-hearing students in an ASL/English bilingual program. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(2), 156-170. <https://doi.org/10.1093/deafed/env072>

Humphries, T. (1977). *Audism: The making of a cultural ideology*. Unpublished manuscript.

Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D. J., Padden, C., y Rathmann, C. (2014). Ensuring language acquisition for deaf children: What linguists can do. *Language*, 90(2), 31-52. DOI:10.1353/lan.2014.0036

Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D. J., Padden, C., y Rathmann, C. y Smith, S. (2016). Language choices for deaf infants: Advice for parents regarding sign languages. *Clinical pediatrics*, 55(6), 513-517. DOI: <https://doi.org/gjkssk>

Hyde, M., Punch, R. y Komesaroff, L. (2010). Coming to a decision about cochlear implantation: parents making choices for their deaf children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(2), 162-178.

Kaufmann, J.-C. (2011). *La entrevista comprensiva*. Ediciones Morata.

Jelin, E. (2005). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas. En Arriagada, I. (Ed.), *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales* (págs. 69-88). CEPAL.. <https://cutt.ly/t0kpEhB>

Krmpotic, C. S. (2018). Políticas familiares. Una revisión crítica a partir de la singularidad de las experiencias de familia. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, 16(42). DOI: 10.12957/rep.2018.39413

Ladd, P. (2003). *Comprendiendo a la cultura sorda: En busca de la sordedad* (1.ª ed. esp., 2011). Biblioteca del Congreso de la Catalogación en la Publicación de Datos.

Lane, H. (1992). *The mask of benevolence: Disabling the deaf community*. Alfred A. Knopf.

Lenneberg, E. H. (1967). The biological foundations of language. *Hospital Practice*, 2(12), 59-67.

Levin, L. (2000). *Lenguaje, lengua y habla: Un enfoque interaccionista*. Ediciones Linguarte.

Lillo-Martin, D., Quadros, R., y Müller de Quadros, R. (2021). Language acquisition in sign languages. In E. LEVINE (Ed.), *Handbook of Bilingualism and Multilingualism*. Wiley.

Ladd, P. (2011). *Comprendiendo a la cultura sorda: en búsqueda de la sordedad*. Fondo Nacional de la Cultura y las Artes, Fondo Nacional de Fomento del Libro y la Lectura

López, E. M. *La privación lingüística: consecuencias negativas para la infancia y adolescencia sordas*. <https://cutt.ly/i6xYQy7>

Mantilla, L. (2020). La construcción social de la niñez y la biopolítica de infancia. Puntos iniciales para un debate. INFEIES – RM, 9 (9). Debates contemporáneos. <https://cutt.ly/u0ks5rm>

Maurás, M. (2005). Las familias y las políticas públicas: hacia una “sociedad de redes”. En Arriagada, I. (Ed.). Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, (págs. 61-68). CEPAL.

Macsweney, M., Campbell, R., Woll, B., Giampaolo, N., y Brammer, M. J. (2008). Dissociating linguistic and nonlinguistic gestural communication in the brain. *NeuroImage*, 41(4), 1213–1223.

Makoni, S., y Pennycook, A. (2007). Disinventing and reconstituting languages. *Multilingual Matters*.

Massone, M. I. (2009). El lenguaje de señas como derecho lingüístico y cultural. Ediciones Cead.

Mayberry, R. I. (2007). When timing is everything: Age of first-language acquisition effects on second-language learning. *Applied Psycholinguistics*, 28(3), 537–549.

Meadow-Orlans, K. P., Spencer, P. E. y Koester, L. S. (2004). The world of deaf infants: A longitudinal study. *Perspectives on Deafness*. Oxford University Press.

Menéndez, E. (2008). El modelo médico y la salud colectiva: Lecturas críticas en antropología médica. Lugar Editorial.

Meresman, S. (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay. La oportunidad de la inclusión. UNICEF, iiDi.

Mides. (2022). Guía para el abordaje de aspectos emocionales, conductuales, cognitivos y sociales para el desarrollo integral en la niñez. Ministerio de Desarrollo Social.

Míguez, M. N. (2015). Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar. *Estudios Sociológicos Editora*. <https://cutt.ly/v0kgY9L>

Míguez, M. N. (2018). El sonido de los sentidos: infancia, sordera y psicofármacos. *Estudios Sociológicos Editora*. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/20282>

Miguéz, D., y Sánchez, M. (2015). La infancia en cuestión: Estudios interdisciplinarios. CLACSO.

Minayo, M. C. S. (2006). La investigación cualitativa en salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.

Minchom, S., Sheperd, M., White, N., Hill, J. y Lund, P. (2003). Service needs of hearing-impaired children and their families: Report of a survey of parental attitudes. *Deafness y Education International*, 5(2), 93-107.

Mitchell, R. E. y Karchemer, M. (2004). Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States. *Sign language studies*, 4(2), 138-163.

Moeller, M. P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, 106(3), e43-e43.

Moeller, M. P., Carr, G., Seaver, L., Stredler-Brown, A. y Holzinger, D. (2013). Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: an international consensus statement. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18(4), 429-445. <https://doi.org/f5j8tx>

Moeller, M. P., Holzinger, D., y Knoors, H. (2024). The right to language: Current perspectives on early intervention for deaf and hard of hearing children. *International Journal of Audiology*, 63(1), 1–15.

Morales López, E. (2024). La privación lingüística en la infancia y en la adolescencia sordas y sordociegas. Universidad de Valladolid.

Montañés, M. (2013.). “Su hijo es autista”: un análisis crítico desde la realidad familiar. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8112>

Mottez, B. (2019). ¿Existen los Sordos?. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

Mounly, J. L., Pucci, C. T. y Harmon, K. C. (2014). How deaf American Sign Language/English bilingual children become proficient readers: An emic perspective. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19(3), 333-346. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent050>

MSP. (2017). Detección Precoz de Hipoacusia Congénita: Protocolo de pesquisa, diagnóstico y seguimiento. <https://cutt.ly/l0kjQT0>

MPS. (2020). Recomendaciones para la notificación humanizada de diagnósticos prenatales y al nacimiento. Proyecto Derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad. Segunda edición. <https://cutt.ly/00kjMeF>

Newport, E. L. (1990). Maturation constraints on language learning. *Cognitive Science*, 14(1), 11–28.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Salud auditiva. OPS/OMS. Recuperado el 22 de julio de 2025, de <https://www.paho.org/es/temas/salud-auditiva>

Ortiz-Millán, G. (2012). Medicina estética y biopolítica del cuerpo. Siglo XXI Editores.

Palacios, A. (2008). El modelo social de la discapacidad. CEDODAL.

Peluso, I. (2007). Personas sordas, LSU y español en Uruguay. En Torres, C. (coord.), *Avances de investigación en Instituciones Educativas* (págs. 73-92). Psicolibros waslala.

Peluso, I. (2010). Sordos y oyentes en un liceo común: Investigación e intervención en un contexto intercultural. Montevideo, Uruguay: UdelaR/Psicolibros.

Pérez, A. (2008). Lengua de señas e identidad sorda. Ediciones del Signo.

Pérez, A., y Massone, M. I. (2009). La lengua de señas en la escuela: Prácticas inclusivas y diversidad lingüística. Paidós.

Pérez Novo, M. (2010.). El velo que oculta la realidad de los diagnósticos por discapacidad intelectual. Una mirada en Cerro Largo. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

Pérez Pereira, M. (1999). El lenguaje: Desarrollo y pérdida. Ariel.

Pinker, S. (1994). The language instinct. Harper Perennial.

Pontecorvo, E., Higgins, M., Mora, J., Lieberman, A. M., Pyers, J., y Caselli, N. K. (2023). Learning a sign language does not hinder acquisition of a spoken language. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 66(4), 1291-1308.

Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of care: Speculative ethics in more than human worlds*. University of Minnesota Press.

Quadros, R. (1997). *Língua de sinais brasileira: Estudos linguísticos*. Editora da UFSC.

Ragin, R. E. (2007). *Family-centeredness in early education programs for children with hearing loss*. The University of North Carolina at Chapel Hill.

Ravera, C. (2019). El temor a la complejidad y la búsqueda actual por las simplificaciones: el desarrollo reducido al neurodesarrollo. <https://www.scribd.com/document/587510148/Ravera-C-2019-El-desarrollo-reducido-al-neurodesarrollo>

República Oriental del Uruguay. (2001, 31 de julio). Ley N.º 17.378: Personas discapacitadas. Lengua de Señas Uruguay. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Recuperada de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17378-2001>

República Oriental del Uruguay. (2008, 12 de diciembre). Ley N.º 18.437: Ley General de Educación. Registro Nacional de Leyes y Decretos. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008>

Rodríguez, F. (2023). *Niñez y desarrollo: Un enfoque desde los derechos*. UNICEF.

Rodríguez, F., y Morales, I. (2020). Iniciativas de inclusión lingüística en la región: Chile y Argentina en perspectiva comparada. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 14(1), 59–80.

Rosato, A., y Angelino, M. A. (Eds.). (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad*. Noveduc Libros.

Rubinowicz, G. (2008). *Conversaciones psicoterapéuticas con personas sordas: El uso de la lengua de señas para el diseño de entrevistas eficaces*. LibrosEnRed.

Sacks, O. (2017). *Veo una voz* (Vol. 710). Anagrama.

Saussure, F. de. (1916). *Curso de lingüística general*. Payot.

Schorn, M. (2012). Lenguaje, lengua y subjetividad: Un abordaje desde la infancia. Universidad Nacional de General Sarmiento.

Silva, A. B. D. P., Zanolli, M. D. L., y Pereira, M. C. D. C. (2008). Surdez: relato de mães frente ao diagnóstico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13, 175-183.

Simpson, A., y Mayer, C. (2023). Early sign language exposure and spoken language development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 28(2), 123–137.

Skliar, C. (1997). La educación de los sordos. Una reconstrucción histórica, cognitiva y pedagógica. EDIUNC.

Skliar, C. (2005). Lenguas, escuelas y pedagogías: Entre las políticas de la normalización y las políticas de la diferencia. Ediciones Novedades Educativas.

Skliar, C., Massone, M. I., y Veinberg, S. (1995). El acceso de los niños sordos al bilingüismo y al biculturalismo. *Infancia y aprendizaje*, 18(69-70), 85-100.

Sncc-cep (2020). Grupo de trabajo: Educación inclusiva en primera infancia. <https://cutt.ly/H0kxiDw>

Snep, Comisión para la Educación en Derechos Humanos (2016). Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020. <https://cutt.ly/g0jx0Jo>

Snoddon, K., y de Meulder, M. (2020). Recognizing sign languages as minority languages: Implications for research and policy. *Language and Communication*, 70, 20–32.

Stokoe, W. (1960). Sign language structure: An outline of the visual communication systems of the American deaf. *Studies in Linguistics*.

Sutton-Spence, R., y Quintanilla, M. (2010). Lengua de señas e identidad cultural: Aportes para una educación bilingüe intercultural. Editorial Universidad de Antioquia.

Taborda, C., y Uturbey, N. (2019). El cuidado y la atención a la primera infancia en Uruguay: avances y desafíos. *Boletín 8 infancia*, segunda época, 60-71. [http://www.iin.oea.org/pdf-iin/boletines/Boletin\\_8\\_Espanol.pdf#page=60](http://www.iin.oea.org/pdf-iin/boletines/Boletin_8_Espanol.pdf#page=60)

Tuñón, I. (2015). Desafíos del desarrollo humano en la primera infancia. Editorial Biblos.

Unicef. (2010). Progreso para la Infancia: Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad (Vol. 9). UNICEF.

Vásquez, d., y Pinto, I. (2022). Políticas lingüísticas y lenguas de señas: Hacia modelos inclusivos en educación. *Revista Interamericana de Educación*.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa.

Vasilachis, I. (2019). Estrategias de investigación cualitativa. Vol. II. Gedisa.

World Federation of the Deaf. (2016). Declaration of the Rights of Deaf Children. <https://wfdeaf.org>

Winnicott, D. W., y Mazía, F. (1972). Realidad y juego. Gedisa.

Woodward, J. (1972, como se citó en LADD, 2003). Implications for sociolinguistics in sign language research. In Understanding deaf culture. Multilingual Matters.

Wodak, R., y Meyer, M. (2009). Métodos de análisis crítico del discurso. Gedisa.

Young, A., y Tattersall, H. (2007). Universal newborn hearing screening and early identification of deafness: Parents' responses to knowing early and their expectations of child communication development. *Journal of deaf studies and deaf education*, 12(2), 209-220.

Yue, A. H. (2010). *Intervenção bilíngue: percepção dos pais quanto a mudanças na comunicação com seus filhos surdos* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

## **Anexo 1: Hoja de información**

Título de la investigación: Primera infancia y niñas sordas: construcción simbólica y objetiva de referentes técnico-profesionales e institucionales sobre la Lengua de Señas.

Institución: Facultad de Psicología; Tristán Narvaja 1674, Montevideo.

Centro/grupo de investigación: xxx

Fuente de financiación: xxx

Número de expediente del Comité de Ética de Investigación: xxx

Datos de contacto del/de la investigador/a responsable: Maria Victoria Da Silva Sanguinetti/095295720/vickydasilvasangui@gmail.com.

La presente investigación tiene como objetivo identificar el lugar simbólico y objetivo que las y los referentes técnico-profesionales e institucionales involucrados en la comunicación diagnóstica sobre sordera o dificultades auditivas, le otorgan a la Lengua de Señas, en la primera infancia. Si aceptas participar en la investigación, lo harás a partir de una entrevista presencial o virtual, de aproximadamente una hora de duración, que será grabada en formato audio, si lo consientes. La información obtenida será analizada a través de la metodología de análisis de contenido de tipo temático.

Toda la información obtenida será almacenada y procesada en forma confidencial y anónima. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los cuestionarios y registros que se realicen, y en ningún caso se divulgará información que permita la identificación de los participantes, a menos que se establezca lo contrario por ambas partes.

Tu participación no tendrá beneficios directos para ti, aunque contribuirá a la comprensión científica de la identificación del lugar simbólico y objetivo que las y los referentes técnico-profesionales e institucionales vinculados a la comunicación diagnóstica le otorgan a la Lengua de Señas como lengua natural y primera de las personas sordas y/o con dificultades auditivas; ante el escenario de incompatibilidad lingüística en que se encuentran la mayoría de los niños y niñas sordas o con dificultades auditivas al momento del nacimiento o en sus primeros meses o años de vida, junto con la ausencia de políticas públicas que reconozcan a la Lengua de Señas y la aborden desde el momento de la comunicación diagnóstica.

Este tipo de estudios presenta riesgos mínimos de anonimización. La investigadora se compromete a hacer referencia únicamente a la profesión que ejerce la persona técnica o profesional entrevistada, y con respecto a los/las referentes institucionales mencionar solo

el tipo de institución al que pertenecen. La participación en la investigación es voluntaria y libre, por lo que puede abandonar la misma cuando lo desee, sin necesidad de dar explicación alguna.

Si existe algún tipo de dudas sobre cualquiera de las preguntas o sobre cuestiones generales acerca del cuestionario y/o la investigación, puede consultar directamente al/a la investigador/a responsable. También puede realizar preguntas luego del estudio, llamando al teléfono o escribiendo al mail que figura en el encabezado de la presente hoja de información.

Nombre investigador/a responsable

---

Firma

---

Fecha

---

## Anexo 2: Consentimiento Informado

Acepto participar en la investigación “Primera infancia y niñas sordas: construcción simbólica y objetiva de referentes técnico-profesionales e institucionales sobre la Lengua de Señas”. Como participante, consiento la participación en una entrevista presencial o virtual, de aproximadamente una hora de duración, que será grabada en formato audio, cuya información obtenida será analizada a través de la metodología de análisis de contenido de tipo temático; y cuyo informe final de investigación será divulgado en las instancias académicas correspondientes, en un artículo científico de divulgación general, y en una instancia presencial con la institución Contraparte y Adoptante.

Declaro que:

He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.

He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación en el mismo.

Entiendo que mi participación es voluntaria y libre, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre mi persona.

Entiendo que no obtendré beneficios directos a través de mi participación, y que en caso de sentir incomodidad o malestar durante o luego del estudio, se me ofrecerá la atención adecuada.

Estoy informado sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán mis datos personales.

Entiendo que al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la fecha \_\_\_\_\_ y localidad \_\_\_\_\_:

Firma del/de la participante:

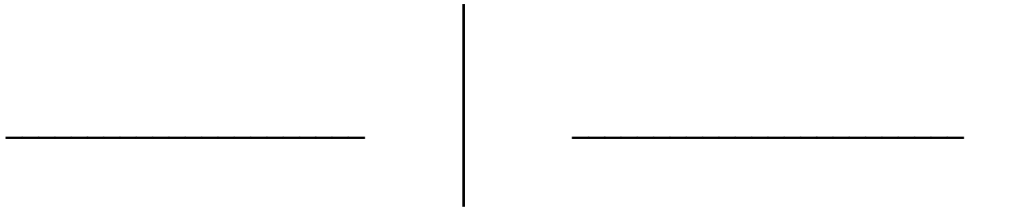
\_\_\_\_\_

Aclaración de firma:

Firma del/de la investigador/a:

\_\_\_\_\_

Aclaración de firma:



### Anexo 3: Pauta de entrevista

#### Preguntas orientadoras

- Durante el proceso diagnóstico de posible sordera o baja audición, ¿se brindan recomendaciones específicas a los referentes familiares respecto de cómo abordar la comunicación con la/el niña/o?
- ¿Cuáles son las recomendaciones generales que se transmiten a las familias luego de la notificación del diagnóstico de hipoacusia desde el servicio en el que desempeña su rol?
- En su práctica, ¿se comunica con bebés o niños/as pequeños/as en proceso diagnóstico y en los controles posteriores previos a la colocación de equipamiento auditivo? En caso afirmativo, ¿de qué manera lo hace?
- ¿Considera que la exposición temprana de los/as niños/as sordos/as o con dificultades auditivas a la LSU resulta importante para su desarrollo integral en la primera infancia? ¿Por qué?
- Desde su experiencia, ¿qué relevancia tiene la LS en el desarrollo integral de niños/as sordos/as o con dificultades auditivas durante la primera infancia?
- Teniendo en cuenta que el *Protocolo de Pesquisa, diagnóstico y seguimiento de detección precoz de hipoacusia congénita* no incluye la recomendación de que el niño/a tome contacto con la LSU de forma temprana, ¿conoce los argumentos técnicos, científicos o los criterios que fundamentan esa decisión?
- Más allá de que la LS no se encuentre incorporada explícitamente en el protocolo, ¿se incluye en los planes de tratamiento y orientación que se ofrecen a las familias? En caso afirmativo, ¿de qué manera? ¿Se sigue algún lineamiento o protocolo específico?
- ¿Existen factores que influyen en la decisión de recomendar o no la LS a las familias? ¿Cuáles serían?
- A lo largo de su formación profesional, ¿ha recibido información vinculada a la importancia de la LS en los primeros años de vida de niños sordos o con dificultades auditivas? En caso afirmativo, ¿en qué instancias?
- Cuando los referentes familiares son sordos, ¿se contemplan particularidades en la aplicación del protocolo diagnóstico y de seguimiento?
- En relación con la información brindada hasta aquí, ¿observa diferencias significativas entre la realidad de Montevideo y la del interior del país? ¿En qué aspectos se manifiestan esas diferencias?

#### Anexo 4: Pauta para la revisión documental

Título	
Tipo de documento (ley, decreto, protocolo, normativa técnica, informe, publicación académica, etc.)	
Año de producción / publicación	
Institución / autoría responsable	
Rango normativo o académico (internacional, nacional, ministerial, institucional, universitario, etc.)	
Fuente / localización (link, repositorio, referencia bibliográfica)	
Cómo se define a la sordera	
Lineamientos principales (principios, objetivos, directrices, recomendaciones, prácticas propuestas)	
Aspectos que podrían ser articulables en análisis	
Comentarios	