

NORMAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

*Guía rápida de consulta  
para padres y profesionales*

TRASTORNOS DE LA  
COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN  
PARA  
NIÑOS PEQUEÑOS (DE 0 A 3 AÑOS)



PATROCINADO POR EL  
NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
EARLY INTERVENTION PROGRAM  
(PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DEL  
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK)

**NORMAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

*Guía rápida de consulta*

*Para padres y profesionales*

**TRASTORNOS  
DE LA COMUNICACIÓN**

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN  
PARA  
NIÑOS PEQUEÑOS (DE 0 A 3 AÑOS)

*PATROCINADO POR EL*  
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK  
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Estas normas fueron desarrolladas por un panel independiente de padres y profesionales patrocinado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Las recomendaciones presentadas en este documento han sido desarrolladas por el panel y no representan necesariamente la postura del Departamento de Salud.

# INFORMACIÓN PARA ORDENAR NORMAS

Las copias individuales de las publicaciones de las normas están disponibles sin cargo para los residentes del Estado de Nueva York. Si se requieren varias copias, las mismas se encuentran disponibles sin cargo para los profesionales que ofrecen Intervención Temprana en el Estado de Nueva York y para los funcionarios municipales que las utilicen con los padres y el personal administrativo.

**Para solicitarlas, comuníquese con:**

Publications

New York State Department of Health

P.O. Box 2000

Albany, New York 12220

Fax: (518) 486-2361

Se cobrará una pequeña tarifa para cubrir los gastos administrativos y de impresión por los pedidos hechos por personas que no residen en el Estado de Nueva York y para las copias múltiples solicitadas por personas que no sean las antes mencionadas.

**Para solicitarlas, comuníquese con:**

Health Education Services

Health Research, Inc.

150 Broadway, Suite 560

Menands, NY 12204

<http://www.healthresearch.org/store>

Se aceptan pagos por teléfono con Mastercard y Visa: (518)-439-7286.

1. *Clinical Practice Guideline: The Guideline Technical Report (Normas de práctica clínica: informe técnico sobre normas)*. Trastornos de la comunicación, evaluación e intervención para niños pequeños (de 0 a 3 años). 8 ½" x 11", 368 páginas. Publicación 4220, 1999
2. *Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations (Normas de práctica clínica: informe de recomendaciones)*. Trastornos de la comunicación, evaluación e intervención para niños pequeños (de 0 a 3 años). 5 ½" x 8 ½", 316 páginas. Publicación 4218, 1999
3. *Clinical Practice Guideline: Quick Reference Guide (Normas de práctica clínica: guía rápida de consulta)*. Trastornos de la comunicación, evaluación e intervención para niños pequeños (de 0 a 3 años) 5 ½" x 8 ½", 122 páginas. Publicación 4219, 1999, reimpresión 2008.

**Para solicitar el permiso para reimprimir o utilizar alguno de los contenidos de estas normas, o para mayor información sobre el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, contáctarse con:**

NYS Department of Health

Bureau of Early Intervention

Corning Tower Building, Room 287

Empire State Plaza

Albany, New York 12237-0660

(518) 473-7016

[bei@health.state.ny.us](mailto:bei@health.state.ny.us)

[www.health.ny.gov/community/infants\\_children/early\\_intervention](http://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention)

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York agradece la contribución de aquellas personas que participaron voluntariamente como miembros del panel y como asesores profesionales para el desarrollo de estas normas de práctica clínica. Su experiencia y conocimiento han sido fundamentales para la creación y credibilidad de las recomendaciones contenidas en estas normas.

El Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Nueva York agradece especialmente el asesoramiento y la asistencia del Consejo de Coordinación de Intervención Temprana del Estado de Nueva York y el Comité Directivo del Proyecto para el Desarrollo de las Normas de Práctica Clínica en todos los aspectos de este importante esfuerzo para mejorar la calidad de los servicios de intervención temprana para niños pequeños que padecen de trastornos de la comunicación y sus familias.

---

Los contenidos de estas normas fueron desarrollados en virtud de un subsidio del Departamento de Educación de los Estados Unidos. No obstante, estos contenidos no representan necesariamente la política del Departamento de Educación y no debe suponerse que están respaldados por el gobierno federal.

---



# ÍNDICE

## TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PARA NIÑOS PEQUEÑOS (DE 0 A 3 AÑOS)

### PREFACIO POR QUÉ LA OFICINA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DESARROLLA NORMAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
◆ Alcance de las normas .....	2
◆ Definición de trastorno de la comunicación .....	3
◆ Definiciones de otros términos .....	5
◆ Por qué se desarrollaron estas normas.....	6
◆ Cómo se desarrollaron las normas .....	7
◆ Versiones de las normas.....	8
◆ ¿Dónde puedo obtener más información?.....	8
<b>INFORMACIÓN GENERAL: PARA ENTENDER LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN.....</b>	<b>14</b>
◆ Identificación temprana de trastornos de la comunicación .....	16
◆ Vigilancia rutinaria del desarrollo .....	26
◆ Método de vigilancia mejorada.....	28
◆ Pruebas de detección de trastornos de la comunicación.....	32
◆ Evaluación detallada.....	37
◆ Otras evaluaciones especiales.....	40
◆ Cómo usar los resultados de la evaluación para determinar si se comienza una terapia del habla y el lenguaje .....	43
<b>INTERVENCIÓN PARA TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN.....</b>	<b>48</b>
◆ Métodos de intervención mayores .....	52
◆ Métodos de intervención específicos.....	57
◆ Intervenciones de habla y lenguaje para niños con trastornos del desarrollo.....	61

<b>ANEXOS .....</b>	<b>67</b>
A. OTROS FACTORES DE RIESGO E INDICIOS CLÍNICOS .....	67
B. LISTA DE ARTÍCULOS QUE SATISFACEN LOS CRITERIOS DE PRUEBAS.....	71
◆ Artículos citados como pruebas de métodos de evaluación.....	73
◆ Artículos citados como pruebas de métodos de intervención.....	75
C. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DEL ESTADO DE NUEVA YORK.....	81
◆ Programa de Intervención Temprana: Información sobre procedimientos relevantes.....	83
◆ Programa de Intervención Temprana: Descripción .....	95
◆ Definiciones oficiales del Programa de Intervención Temprana.....	103
◆ Números de teléfono de Programas de Intervención Temprana municipales .....	107
D. OTROS RECURSOS .....	109
<b>ÍNDICE TEMÁTICO .....</b>	<b>113</b>

# TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

PANEL PARA EL DESARROLLO DE LAS NORMAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Pasquale Accardo, MD**  
Presidente del Panel de Normas  
Centro Médico Westchester  
Valhalla, Nueva York

**Cindy Geise Arroyo, MS, CCC-SLP**  
Oceanside, Nueva York

**Dolores E. Battle, PhD, CCC-SLP**  
Universidad Estatal de Buffalo  
Buffalo, Nueva York

**Deborah Borie, MA**  
Colegio Universitario Estatal de  
Tecnología de Canton  
Canton, Nueva York

**Joann Doherty, MS**  
Escuela Alcott  
Scarsdale, Nueva York

**Judith S. Gravel, PhD, CCC-A**  
Escuela de Medicina Albert  
Einstein  
Bronx, Nueva York

**Deirdre Greco**  
Centro Infantil  
Samaritan-Rensselaer  
Troy, Nueva York

**Karen Hopkins, MD**  
Centro Médico de la Universidad  
de Nueva York  
Nueva York, Nueva York

**Carolyn Larson, EdM, CSP**  
Asociados para el Desarrollo  
Infantil  
Albany, Nueva York

**Susan Platkin, MD**  
East Northport, Nueva York

**Julie Santariga,**  
College Point, Nueva York

**Deborah Schallmo**  
Fairport, Nueva York

**Richard G. Schwartz, PhD,**  
CCC-SLP  
Universidad de la Ciudad de  
Nueva York Escuela de  
Postgrado y Centro  
Universitario  
Nueva York, Nueva York

**M. Virginia Wyly, PhD**  
Universidad Estatal de Buffalo  
Buffalo, Nueva York

# TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

---

## PERSONAL DEL PROYECTO

---

### **Dirección del Proyecto**

Demie Lyons, RN, PNP  
PharMark Corporation  
Lincoln, Massachusetts

### **Director de**

### **Investigación/Metodología**

John P. Holland, MD, MPH  
Seattle, Washington

### **Investigador Asociado en Jefe**

Mary M. Webster, MA, CPhil  
Seattle, Washington

### **Investigadores Asociados**

*PharMark Corporation*

Beth Martin, MLIS  
Celeste Nolan, MS

*Seattle, Washington*

Carole Holland, BA

*University of Washington*

Geralyn Timler, MS, CCC  
Ann Garfinkel, PHC

### **Asesores temáticos**

Lesley Olswang, PhD  
University of Washington  
Seattle, Washington

Michael Guralnick, PhD  
University of Washington  
Seattle, Washington

### **Escritores/Editores**

Patricia Sollner, PhD  
Winchester, Massachusetts

Diane Forti, MA  
Dedham, Massachusetts

### **Facilitador de Reuniones**

Angela Faherty, PhD  
Portland, Maine

---

## DEPARTAMENTO DE SALUD

---

### **Director de Proyecto de Normas**

Donna M. Noyes, PhD  
Directora, Policy and Clinical Services

# **PREFACIO:**

## **POR QUÉ EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DESARROLLA NORMAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

En 1996, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH por sus siglas en inglés) inició un trabajo que tomaría un periodo de varios años para el desarrollo de normas de práctica clínica en apoyo de las labores del Programa de Intervención Temprana a nivel estatal. El NYSDOH, como agencia principal del Programa de Intervención Temprana en el Estado de Nueva York, tiene el deber de garantizar que el Programa de Intervención Temprana ofrezca servicios de intervención temprana que resulten adecuados, económicos, uniformes y de gran calidad que produzcan resultados significativos para los niños que califican y sus familias.

Estas normas no son estándares ni políticas. Las normas son sólo un mecanismo para ayudar a garantizar que bebés y niños pequeños con discapacidades puedan recibir servicios de intervención temprana que respondan a sus necesidades y recursos individuales, a sus prioridades y a las inquietudes de sus familiares.

El propósito de estas normas es ayudar a las familias, a los profesionales y a los funcionarios públicos en el proceso de tomar decisiones con respecto a los servicios de intervención temprana ofreciéndoles recomendaciones basadas en evidencia científica y opiniones clínicas expertas sobre las prácticas más efectivas.

El impacto de las normas de práctica clínica en el Programa de Intervención Temprana dependerá de la credibilidad de las mismas con las familias, los profesionales y los funcionarios públicos. Para garantizar un producto confiable, el NYSDOH decidió utilizar un panel de consenso multidisciplinario y basado en evidencia. La metodología empleada en la creación de estas normas fue establecida por la Agencia para la Investigación y Medidas de la Salud (AHCPR por sus siglas en inglés) que fue seleccionada para esta tarea por su experiencia en la aplicación de un sistema efectivo, científico y comprobado para el desarrollo de normas.

El NYSDOH ha cooperado estrechamente con el Consejo Coordinador de Intervención Temprana del Estado durante el proceso de creación de las normas. También se estableció un comité directivo a nivel estatal compuesto por funcionarios de intervención temprana, representantes de los profesionales que ofrecen estos servicios y padres, con el fin de asesorar al departamento con respecto a esta iniciativa. Un grupo de asesoría nacional compuesto por expertos en intervención temprana ha estado a la disposición del departamento para revisar y ofrecer sus opiniones con respecto a la metodología empleada y las normas. Sus esfuerzos han sido cruciales en el desarrollo exitoso de estas normas.



Cuando vea este símbolo significa que el Anexo C-1 contiene información importante sobre los procedimientos del Programa de Intervención Temprana (EIP).

Las normas de práctica clínica del NYSDOH para discapacidades del desarrollo en niños desde el nacimiento hasta la edad de 3 años han sido creadas como documentos dinámicos que deben actualizarse periódicamente a medida que se obtenga nueva información científica. Estas normas reflejan los conocimientos existentes en el momento en que se publicaron pero, dado el progreso inevitable de la información científica y la tecnología, el NYSDOH tiene el propósito de actualizar, revisar y modificar periódicamente esta información para incorporarla al proceso de desarrollo continuo de las normas.

El Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York no discrimina por razones de discapacidad la admisión, el acceso, el tratamiento o la posibilidad de obtener empleo en su programa y actividades.

Si usted cree que por razones de discriminación se le ha negado el derecho de admisión, acceso, tratamiento o empleo en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, además de otros derechos o recursos, usted puede ponerse en contacto con Donna M. Noyes, Ph.D., Directora, Early Intervention Program, New York State Department of Health, Room 287, Corning Tower Building, Empire State Plaza, Albany, NY 12237-0660.

**NORMAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

*Guía rápida de consulta*

*Para padres y profesionales*

**TRASTORNOS DE LA  
COMUNICACIÓN**

INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN  
PARA  
NIÑOS PEQUEÑOS (DE 0 A 3 AÑOS)

Esta *Guía rápida de consulta* ofrece solamente un resumen de la información. Para obtener el texto completo de las recomendaciones y un resumen de la evidencia en que se basan estas recomendaciones refiérase a las *Normas de práctica clínica: informe de recomendaciones*.

---

## INTRODUCCIÓN

---

### *Las recomendaciones de las normas sugieren “las mejores prácticas” y no una política o reglamento*

Las normas de práctica clínica en las que se basa esta guía rápida de consulta fueron desarrolladas por un panel multidisciplinario de médicos y padres. El desarrollo de las normas para el Programa de Intervención Temprana (EIP por sus siglas en inglés) fue auspiciado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York como parte de su misión de hacer una contribución positiva a la calidad del cuidado de niños con discapacidades.

El propósito de las normas es proporcionar recomendaciones a los padres, profesionales y otros sobre la mejor evidencia científica disponible sobre las “mejores prácticas” para la evaluación e intervención en niños pequeños con trastornos de la comunicación.

- ◆ Las normas no son un estándar de práctica necesario para el Programa de Intervención Temprana suministrado por el Estado de Nueva York
- ◆ Este documento de normas es un mecanismo para ayudar a los proveedores y familias a tomar decisiones informadas
- ◆ Se invita a proveedores y familias a que utilicen estas normas, teniendo en cuenta que el cuidado que se proporciona siempre debe adaptarse específicamente al niño y a la familia. La decisión de seguir cualquier recomendación en particular debería tomarla el proveedor y la familia de acuerdo con las circunstancias presentes en cada niño y sus familias

---

## ALCANCE DE LAS NORMAS

---

Estas normas de práctica clínica proporcionan recomendaciones sobre las mejores prácticas para la evaluación e intervención de trastornos de la comunicación en niños pequeños.

---

### ***FOCO PRINCIPAL DE LAS NORMAS***

---

Las recomendaciones en estas normas se concentran principalmente en:

◆ ***Trastornos de la comunicación en niños menores de 3 años***

El foco principal de las normas son los niños recién nacidos hasta los 3 años. Sin embargo, la edad de 3 años no es un límite absoluto, ya que muchas de las recomendaciones en estas normas también pueden corresponder a niños algo mayores.

◆ ***Trastornos de la comunicación debidos primordialmente a problemas del habla y el lenguaje***

Aunque la comunicación presenta muchos aspectos, estas normas se concentran principalmente en problemas de comunicación relacionados con el habla y el lenguaje.

◆ ***Trastornos de la comunicación que no son el resultado de la pérdida auditiva u otros trastornos específicos del desarrollo***

Algunas veces, los trastornos de la comunicación son el resultado de la pérdida auditiva u otros trastornos del desarrollo. La identificación de niños con estos problemas se explica de manera limitada en estas normas. La evaluación e intervención detallada para estos problemas no es uno de los principales temas de las normas.

## DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN

Un trastorno de la comunicación, según lo define la American Speech-Language-Hearing Association (Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición, ASHA por sus siglas en inglés) es:

“Un impedimento en la habilidad para recibir, enviar, procesar, y entender conceptos o sistemas de símbolos verbales, no verbales y gráficos. Un trastorno de comunicación puede ser evidente en los procesos de audición, lenguaje o habla. El nivel del trastorno de comunicación puede variar desde leve a grave y puede estar relacionado con el desarrollo o ser adquirido. Las personas pueden presentar una o cualquier combinación de tres aspectos de trastornos de la comunicación. Un trastorno de la comunicación puede conllevar una discapacidad primaria o puede ser secundario a otras discapacidades” (ASHA, 1993).

### ***Definición práctica***

La anterior definición de la ASHA incluye a niños con retrasos o trastornos en el habla, en el lenguaje o en la audición.

*En estas normas, el término “trastornos de la comunicación” se usa para referirse principalmente a problemas del habla y el lenguaje.*

Aunque los trastornos de audición pueden conllevar un trastorno de la comunicación en niños pequeños, la evaluación e intervención para los problemas de audición no son el tema principal de estas normas.

***Trastorno de la comunicación  
versus retraso de la  
comunicación***

---

En la documentación sobre trastornos de la comunicación en niños pequeños, a veces se usan diversas definiciones para los términos “*trastorno*”, “*retraso*” y “*discapacidad*” cuando se refieren a problemas de comunicación. También se utilizan diferentes términos y clasificaciones de diagnósticos para describir problemas de comunicación específicos en niños pequeños.

Actualmente no existe una definición estándar de los diversos términos utilizados por todos los profesionales que tratan a los niños pequeños.

En estas normas, los términos “trastorno de la comunicación” y “retraso de la comunicación” se definen del siguiente modo:

***Trastorno de la comunicación***

El término “trastorno de la comunicación” (o “problema de comunicación”) se define generalmente para incluir todo tipo de retraso, trastorno e discapacidad de habla y lenguaje.

***Retraso de la comunicación***

El término “retraso de la comunicación” se utiliza en estas normas para referirse específicamente a un nivel de comunicación que está notablemente por debajo de los niveles esperados o típicos para la edad del niño y se refiere principalmente a retrasos en el habla y el lenguaje.



## DEFINICIONES DE OTROS TÉRMINOS

A continuación se definen ciertos términos principales según se utilizan en esta *Guía rápida de consulta*.

<i>Evaluación</i>	El proceso completo de evaluar al niño, incluyendo las actividades y mecanismos utilizados para medir el nivel de funcionamiento, establecer su elegibilidad para los servicios, determinar un diagnóstico, planificar la intervención y medir los resultados de los tratamientos.
<i>Discapacidad del desarrollo</i>	Una condición que interfiere significativamente con el funcionamiento del niño.
<i>Familia</i>	Los que cuidan principalmente al niño, que puede incluir uno o ambos padres, hermanos, abuelos, padres adoptivos u otras personas que se encuentran habitualmente en el ambiente familiar del niño.
<i>Padres</i>	Los que cuidan principalmente al niño u otras personas que tienen una responsabilidad importante en cuanto al bienestar del niño.
<i>Profesional</i>	Cualquier proveedor de servicios profesionales que esté cualificado para prestar el servicio deseado. Generalmente, las cualificaciones incluyen capacitación, experiencia, acreditación u otros requisitos estatales. Este término no pretende implicar ningún título profesional ni calificaciones específicas excepto la capacitación y credenciales correspondientes. (Esta guía no pretende tocar temas de práctica profesional).
<i>Detección</i>	Las primeras etapas del proceso de evaluación. La detección puede incluir cuestionarios o entrevistas con los padres, observaciones del niño o el uso de pruebas de detección específicas. La detección se utiliza para identificar los niños que necesitan evaluaciones más amplias.
<i>Población objetivo</i>	Un grupo de estudio seleccionado de acuerdo con características específicas. Para estas normas, la <i>población objetivo</i> son aquellos niños que pueden padecer de autismo desde recién nacidos hasta los 3 años. A lo largo de todo este documento, el término <i>niños pequeños</i> se usa para describir este grupo de edad objetivo.
<i>Niños pequeños</i>	Término que se usa en estas normas para describir el grupo de edad objetivo (niños desde recién nacidos a 3 años). Aunque estas normas se concentran en niños recién nacidos hasta los 3 años, el término niños pequeños puede incluir también niños algo mayores.



## POR QUÉ SE DESARROLLARON ESTAS NORMAS

### LA IMPORTANCIA DE USAR EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA AYUDAR A ADAPTAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Hoy en día, a toda disciplina profesional se le pide documentar su eficacia. Las preguntas actuales que se hacen muy a menudo a profesionales son las siguientes:

- ◆ “¿Cómo sabemos si las prácticas profesionales actuales son efectivas para producir los resultados deseados?”
- ◆ “¿Existen otros medios o modificaciones de medios existentes menos costosos que pueden producir mejores resultados o resultados similares?”

La dificultad en responder a estas preguntas es que muchas veces los métodos utilizados en la práctica profesional actual no han sido estudiados extensiva o rigurosamente.

El propósito de las normas de prácticas clínicas basadas en pruebas es ayudar a los profesionales, padres y otros a conocer la evidencia científica que existe sobre la eficacia de métodos clínicos específicos. Esta información se puede usar como base para decisiones informadas.

Estas normas representan el esfuerzo del panel para interpretar la evidencia científica disponible de una manera sistemática e imparcial y usar esta interpretación como base para el desarrollo de las recomendaciones de las normas. Se espera que a través de este proceso, las normas ofrezcan un conjunto de recomendaciones que refleje las mejores prácticas actuales y produzca los mejores resultados para niños con problemas de desarrollo.

---

## CÓMO SE DESARROLLARON LAS NORMAS

---

Estas normas se desarrollaron usando los métodos de investigaciones normales para las normas basadas en evidencia. El proceso involucró el establecimiento de criterios específicos para la evidencia aceptable y el análisis de la literatura científica para encontrar dicha evidencia. Se emplearon criterios relativamente rigurosos para seleccionar estudios que pueden proveer evidencia apropiada sobre la eficacia de los métodos de interés de evaluación e intervención.

Para desarrollar las recomendaciones se utilizaron como base principal los estudios que cumplen estos criterios de evidencias. Además, se incluyeron numerosos artículos de literatura científica que no cumplían con los criterios de evidencia pero contenían información que podría ser útil en la práctica clínica. En muchos casos, el panel también utilizó la información de estos otros artículos y estudios, pero sin darles tanta importancia a la hora de hacer recomendaciones para las normas.

Cuando no se encontraron estudios que se concentraban en niños del grupo seleccionado (recién nacidos a niños de 3 años), se realizaron generalizaciones a partir de evidencias descubiertas en los estudios de niños algo mayores.

En las versiones de textos completos de estas normas, cada recomendación está seguida por una clasificación de “validez de la evidencia” que indica la cantidad, calidad general y aplicabilidad clínica (al tema de las normas) de las evidencias utilizadas como base para la recomendación.

---

*Para obtener más información sobre el proceso utilizado para desarrollar las recomendaciones de las normas, así como un resumen de la evidencia que las apoya, vea [Normas de práctica clínica: informe de recomendaciones](#).*

*El documento [Normas de práctica clínica: informe técnico](#) le muestra una descripción completa de la metodología, las recomendaciones y la evidencia de apoyo.*

---

## VERSIONES DE LAS NORMAS

Existen tres versiones de las normas de práctica clínica publicadas por el Departamento de Salud. Las versiones se diferencian por su longitud y nivel de detalle al describir los métodos y evidencia que apoyan las recomendaciones.

### *Informe técnico*

- ◆ texto completo de todas las recomendaciones
- ◆ información general
- ◆ informe completo del proceso de investigaciones y la evidencia analizada

### *Informe de recomendaciones*

- ◆ texto completo de todas las recomendaciones
- ◆ información general
- ◆ resumen de la evidencia de apoyo

### *Guía rápida de consulta*

- ◆ resumen de recomendaciones importantes
- ◆ resumen de información general

## ¿DÓNDE PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Existen muchas maneras de obtener más información sobre los trastornos de la comunicación. Algunos recursos se enumeran en la parte posterior de este folleto. Cuando revisen esta lista de recursos, las familias y profesionales deberían tener en cuenta que la información proporcionada por estos recursos no ha sido analizada específicamente por el panel de las normas.

Se recomienda precaución cuando se consideren opciones de evaluación y tratamiento que no hayan sido analizadas utilizando una metodología de investigación científica apropiada.

Es importante considerar si existe o no evidencia científica apropiada de que el enfoque que se está considerando es eficaz para los niños pequeños con trastornos de la comunicación.

## INFORMACIÓN GENERAL: PARA ENTENDER LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

### ¿Qué es la comunicación?

La comunicación es el proceso que usamos para intercambiar información con otras personas e incluye la capacidad de producir y entender mensajes. La comunicación incluye la transmisión de todo tipo de mensajes, incluyendo información relacionada con las necesidades, emociones, deseos, percepciones, ideas y conocimientos. Existen muchos tipos de comunicación que incluyen:

- ◆ **No verbal** (gestos, postura del cuerpo, expresión de la cara, contacto visual, movimientos de la cabeza y el cuerpo y distancia física).
- ◆ **Verbal** (comunicación con palabras, tal como el habla, la escritura o el lenguaje por señas)
- ◆ **Paralingüística** (uso del tono de voz, énfasis de palabras, cambio de tono de voz, etc., como parte de la expresión verbal)

Aunque a veces el lenguaje y el habla se consideran lo mismo, en realidad son diferentes.

- ◆ El **lenguaje** es un sistema de comunicación que usa símbolos dentro de un grupo de reglas específicas e implica un conjunto de unidades pequeñas (tales como sílabas o palabras) que se pueden combinar para producir formas de lenguaje más grandes (frases y oraciones).
- ◆ El **habla** es el método de comunicación de lenguaje verbal que implica la producción verbal y la articulación de palabras.

Un aspecto importante de la comunicación incluye la interacción de ida y vuelta entre el niño pequeño y otras personas. La manera en que un niño se comunica varía según la edad y el estado de desarrollo del niño.

### ***¿Cuál es el desarrollo de comunicación típico?***

---

Los comportamientos de comunicación comienzan en el nacimiento y se desarrollan con el tiempo. Los niños llegan al mundo con un conjunto de comportamientos limitados pero importantes que sirven como señales de comunicación con los padres y las personas que los cuidan.

Generalmente, los niños pequeños muestran muchos tipos de gestos no verbales y rutinas sociales antes de comenzar a decir sus primeras palabras. La producción y el uso de palabras surgen más adelante en el desarrollo del niño.

A medida que los niños pasan a la etapa de “lenguaje intencional”, la comprensión del lenguaje (lo que comprende el niño) y los procesos de elaboración del lenguaje se hacen evidentes.

Típicamente, en los niños pequeños la habilidad de comprender el lenguaje se desarrolla antes que la habilidad de hablar o producir el lenguaje.

Existe una progresión sistemática del desarrollo vocal y de lenguaje que caracteriza los primeros 2 años de la vida. Durante el segundo año de vida, la comprensión del niño y sus capacidades de elaboración se expanden rápidamente. Al llegar a los 3 años de edad, la mayoría de los niños han adquirido los elementos básicos del lenguaje.

La comunicación es importante para todos los aspectos del desarrollo del niño y la calidad del desarrollo de la comunicación del niño tiene un impacto a largo plazo en sus conocimientos y en su capacidad de interactuar con los demás.

---

## ¿Qué es un trastorno de la comunicación?

---

Los niños pequeños con un trastorno de la comunicación pueden tener problemas con el desarrollo de la comunicación en una o más de las áreas siguientes:

- ◆ **Articulación:** los movimientos de la boca, de la lengua y de la mandíbula implicados en la elaboración de los sonidos del habla.
- ◆ **Fluidez:** la facilidad total o el ritmo del habla.
- ◆ **Comprensión de lenguaje:** la habilidad de comprensión del habla (también denominada *recepción o procesamiento*).
- ◆ **Producción de lenguaje:** la expresión del lenguaje hablado o por gestos (tal como el lenguaje por señas).
- ◆ **Morfología:** la formación de palabras mediante las unidades coherentes más pequeñas del lenguaje (palabras independientes y sílabas o sonidos que añaden significado a las palabras).
- ◆ **Fonología:** los sonidos del lenguaje (consonantes y vocales) y reglas para combinar sonidos y formar palabras.
- ◆ **Pragmática:** el uso práctico del lenguaje (tal como el uso del lenguaje en conversación) incluyendo la intención comunicativa implícita y explícita, la comunicación no verbal y los aspectos sociales de la comunicación.
- ◆ **Semántica:** el significado de las palabras y el uso coherente de palabras en contextos de frases u oraciones.
- ◆ **Sintaxis:** las reglas que rigen el orden y las relaciones entre palabras o frases de oraciones.
- ◆ **Voz:** la calidad de la voz, el tono y la intensidad del habla

## ***¿Cuáles son los tipos de trastornos de la comunicación más importantes?***

---

La Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA, 1993) agrupa los trastornos de la comunicación en las tres categorías siguientes:

### **1. Trastornos del lenguaje**

Trastorno del lenguaje se refiere a un problema relacionado con la comprensión o el uso de sistemas hablados, escritos u otros sistemas de símbolos.

Los niños pequeños con retrasos cognitivos, autismo y otras discapacidades generales de desarrollo casi siempre experimentan retrasos generales en su desarrollo del lenguaje.

Puede que algunos niños no padezcan más retrasos identificables del desarrollo que un trastorno del lenguaje. Estos niños pueden tener lo que algunos denominan ***impedimento específico de lenguaje*** (SLI por sus siglas en inglés). El SLI es una limitación importante en la habilidad del lenguaje sin otros problemas asociados tales como deficiencias auditivas, retrasos cognitivos o problemas neurológicos.

En algunos niños pequeños con SLI sólo parece estar afectado el lenguaje expresivo, mientras que otros demuestran impedimentos en el desarrollo tanto receptivo como expresivo.

### **2. Trastornos del habla**

El trastorno del habla es un impedimento en la articulación de los sonidos del habla, la fluidez o la voz. Entre los niños de edad preescolar que se tratan en los Estados Unidos con patólogos del lenguaje y el habla, se estima que el 60% padece de un retraso o trastorno principal del lenguaje y que el 40% sufre de algún tipo de trastorno del habla.

### **3. Trastornos de audición**

Un trastorno de audición es resultado de la sensibilidad disminuida del sistema auditivo fisiológico. Estas normas se concentran principalmente en trastornos de la comunicación que no son el resultado de la pérdida auditiva (u otros problemas específicos de desarrollo).

---

### ***¿Qué causa un trastorno de la comunicación?***

---

Los trastornos de la comunicación pueden ocurrir por sí solos (no están asociados con ninguna otra causa identificable) o pueden coexistir con otras afecciones, tales como la pérdida auditiva o trastornos del desarrollo, tales como el retraso mental y el autismo. Con frecuencia se desconoce la causa específica de un trastorno de la comunicación.

---

### ***Los trastornos de la comunicación ¿se “curan con la edad”?***

---

Los niños pequeños que padecen de trastornos de la comunicación como consecuencia de pérdida auditiva, trastornos del desarrollo u otras condiciones médicas específicas generalmente no se “curan con la edad” de sus trastornos de la comunicación. Los tratamientos apropiados para estos niños pueden ayudarles a mejorar sus habilidades de lenguaje, pero probablemente no eliminen por completo el trastorno.

Algunos niños se describen como “habladores tardíos”. Estos son niños que no tienen problemas en otras áreas del desarrollo (por ejemplo, participan en juegos de atención conjunta con las personas que los cuidan o comienzan a caminar a la edad apropiada) pero por razones desconocidas muestran retrasos en el lenguaje expresivo. Algunos de estos niños parecen “alcanzar” a otros niños de su misma edad en los años preescolares y los primeros años escolares.

---

### ***¿Cuán comunes son los trastornos de la comunicación?***

---

La Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA) estima que 42 millones de americanos tienen algún tipo de trastorno de la comunicación. Los trastornos de la comunicación representan el problema de desarrollo más común en los niños pequeños. Según la definición amplia de la ASHA, se estima que entre el 15% y el 25% de los niños pequeños padecen algún tipo de trastorno de la comunicación.

## EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación es importante en todos los aspectos del desarrollo de un niño y puede afectar a largo plazo su capacidad de socialización y aprendizaje. Es importante supervisar desde el nacimiento el desarrollo de la comunicación y de la audición en los niños.

Es importante que los padres y profesionales puedan identificar lo antes posible trastornos potenciales de la comunicación. No obstante, la identificación temprana y el diagnóstico preciso de los trastornos de la comunicación pueden ser un gran desafío en el caso de niños menores de 3 años de edad que están en las primeras etapas del desarrollo del lenguaje. Por lo general, la precisión del diagnóstico aumenta a medida que el niño crece.

Puede que sea particularmente difícil diagnosticar un problema de comunicación en niños que no tengan ningún otro problema evidente del desarrollo.

Para poder identificar lo antes posible a niños pequeños con trastornos de la comunicación potenciales, todas las personas involucradas con niños pequeños (incluyendo a padres y profesionales) necesitan entender lo siguiente:

- ◆ desarrollo típico de la comunicación
- ◆ cómo reconocen las señales de dificultades para la comunicación
- ◆ pasos a tomar cuando se identifican las inquietudes

Una vez que una inquietud en aumento sobre un trastorno de comunicación ha sido identificada, es importante que los profesionales realicen u ordenen pruebas de detección y una evaluación apropiada de la comunicación del niño.

Es importante que todos los profesionales que están involucrados en el proceso de evaluación tengan los conocimientos y la experiencia de trabajar con bebés y niños pequeños.



---

## CONSIDERACIONES CULTURALES Y VARIACIONES DE IDIOMA

---

En muchas familias, puede que el inglés no sea el idioma principal o el único idioma que se habla en el hogar. Es importante tener en cuenta y respetar estas variaciones y diferencias cuando se trabaja con los niños y sus familias.

Una variación del idioma regional, social o cultural/étnica no se considera un trastorno del habla o el lenguaje.

El *bilingüismo* (dos idiomas) o *multilingüismo* (más de dos idiomas) en el hogar de un niño o en otro entorno de cuidado, puede afectar la manera en que el niño aprende cada idioma. En consecuencia, la expresión temprana del lenguaje del niño puede variar un poco con respecto a la que se observa en niños que se crían en un ambiente en el cual se habla un solo idioma. Esta es una *diferencia* en el aprendizaje del lenguaje y *no un trastorno del lenguaje*.

*Los niños no pueden tener un trastorno de comunicación en un solo idioma.* Los efectos de un trastorno de comunicación estarán presentes en todos los idiomas del niño.

Es importante evaluar las aptitudes lingüísticas del niño en un ambiente familiar para el niño (una prueba de lenguaje natural). También es importante incluir a uno de los padres o a otro miembro de la familia que pueda interactuar con el niño durante la evaluación.

Se recomienda que, cuando sea posible, el evaluador use mecanismos adecuados para el idioma y el grupo cultural del niño. Se recomienda encarecidamente que el evaluador domine el idioma principal del niño y esté familiarizado con los antecedentes culturales del niño. Si ningún evaluador domina el idioma principal del niño, es importante que un intérprete capacitado participe en el proceso de evaluación. También puede ser útil incluir a un informante cultural para que ayude al evaluador.



## IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

---

La identificación temprana de niños con trastornos de la comunicación puede ocurrir de varias maneras. En algunos casos, ciertos comportamientos o falta de progreso en el desarrollo del niño pueden hacer que los padres u otras personas que cuidan al niño se preocupen de que puede tener un problema de comunicación. En otros casos, un profesional que se ocupe de los controles rutinarios de la salud del niño podría preocuparse con respecto a un trastorno potencial de la comunicación con base en la información de los padres o en su observación directa del niño.

Existen un número de *factores de riesgo e indicios clínicos* que aumentan la inquietud de que un niño pueda padecer un trastorno de comunicación. Los padres, otras personas cercanas al niño o el profesional que evalúe o cuide al niño podrían observar los factores de riesgo e indicios clínicos.

### *Factores de riesgo*

Los factores de riesgo son comportamientos o hallazgos notables actuales o históricos que sugieren que un niño tiene más riesgo de padecer o desarrollar un trastorno de comunicación. Por ejemplo, las infecciones de oído crónicas son un factor de riesgo para los trastornos de la comunicación.

### *Indicios clínicos*

Los indicios clínicos son comportamientos específicos o hallazgos físicos que son motivos de preocupación de que un niño puede padecer actualmente un trastorno de la comunicación. Por ejemplo, si el padre o la madre observan que un niño no ha comenzado a hablar a los 18 meses de edad, éste es un indicio clínico de un trastorno potencial de la comunicación, incluyendo la pérdida auditiva.

---

Los factores de riesgo e indicios clínicos para los problemas de habla/ lenguaje se enumeran en las TABLAS 1 y 2.

---

**TABLA 1: FACTORES DE RIESGO PARA PROBLEMAS DE HABLA/LENGUAJE EN NIÑOS PEQUEÑOS**

**A. Problemas genéticos/congénitos**

- ◆ Complicaciones prenatales
- ◆ Bebés prematuros\*
- ◆ Microcefalia
- ◆ Niño dismórfico
- ◆ Trastornos genéticos
- ◆ Síndrome alcohólico relacionado al feto
- ◆ Exposición conocida a un teratógeno
- ◆ Escrutinio toxicológico positivo en el nacimiento

**B. Condiciones médicas**

- ◆ Problemas de oído y audición (véase el Anexo A: Tabla A-1)
- ◆ Problemas motores orales o de alimentación (véase el Anexo A: Tabla A-2)
- ◆ Labio leporino o paladar hendido
- ◆ Traqueotomía
- ◆ Autismo (véase el Anexo A: Tabla A-3)
- ◆ Trastornos neurológicos
- ◆ Problemas de salud/médicos persistentes, enfermedad crónica u hospitalización prolongada
- ◆ Antecedentes de intubación
- ◆ Intoxicación por plomo
- ◆ Falta de progreso

**C. Factores de riesgo familiares/ambientales**

- ◆ Antecedentes familiares de problemas de audición o de habla y lenguaje
- ◆ Padres con impedimentos auditivos o limitación cognitiva
- ◆ Niños en cuidado adoptivo o de crianza
- ◆ Historia familiar de maltrato del niño (abuso físico o descuido del niño)

---

\* Cuanto más prematuro sea el nacimiento y más complicado el transcurso perinatal, más aumenta el riesgo de trastornos de la comunicación u otros problemas del desarrollo.

---

---

***Hitos normales del lenguaje e indicios clínicos de un problema potencial***

---

En la mayoría de los niños pequeños, los tiempos en el desarrollo de la comunicación varían un poco. El desarrollo típico del habla y el lenguaje, conocido como “*hitos normales del lenguaje*” se pueden usar como referencia para supervisar el desarrollo del habla y el lenguaje de un niño.

Los “hitos normales del lenguaje” que se muestran en la TABLA 2 son comportamientos de comunicación específicos agrupados de acuerdo al rango de edad en el que aparecen generalmente en la mayoría de los niños.

Aunque existen algunas variaciones normales en la velocidad a la que se desarrollan los niños, estos hitos generalmente se observan por primera vez durante el rango de edad especificado. La edad a la que un comportamiento o ausencia de éste comienza a ser *motivo de preocupación* (un indicio clínico) corresponde al límite superior del rango de edad en el que este comportamiento se manifiesta generalmente por primera vez en la mayoría de los niños.

Por ejemplo, el balbuceo se desarrolla usualmente entre los 6 y los 9 meses de edad. Si un niño no balbucea o lo hace con ninguna o pocas consonantes a los 9 meses de edad, es un indicio clínico de un problema potencial de comunicación.

Algunos factores de riesgo e indicios clínicos de un trastorno potencial de comunicación se pueden identificar a una edad muy temprana y puede que otros no se reconozcan hasta que los padres, las personas que cuidan a los niños o los profesionales observen que el uso del lenguaje por parte del niño parece estar retrasado en comparación con otros niños de la misma edad.

No todos los niños con factores de riesgo o indicios clínicos padecen un trastorno de la comunicación.

La presencia de factores de riesgo o indicios clínicos simplemente indica que puede que sea necesario realizar evaluaciones adicionales.

Si los padres se preocupan porque el niño presenta factores de riesgo o indicios clínicos que indican un trastorno potencial de la comunicación, se les recomienda que discutan estas inquietudes con un proveedor de cuidado de la salud u otro profesional con experiencia en evaluar a niños pequeños con problemas de desarrollo.

Si un profesional de cuidado de niños sospecha que un niño padece un problema de desarrollo, incluyendo un trastorno de la comunicación o pérdida auditiva, es importante que estas inquietudes se discutan con los padres. Si se identifica una inquietud, es importante proporcionar información a la familia sobre cómo obtener una evaluación apropiada de parte de un proveedor de cuidado de la salud u otro profesional.

---

### ***Cómo escuchar las inquietudes de los padres***

---

Si los padres expresan inquietudes sobre las habilidades de comunicación de sus hijos, es una indicación importante que justifica evaluaciones adicionales en cuanto a la posibilidad de un trastorno de la comunicación o pérdida auditiva. La evaluación adicional podría comenzar con una lista de verificación formal o informal o una derivación directa para la evaluación formal, según el nivel de preocupación de los padres y la presencia de otros factores de riesgo o indicios clínicos.

**TABLA 2: HITOS NORMALES DEL LENGUAJE E INDICIOS CLÍNICOS DE UN TRASTORNO POTENCIAL DE LA COMUNICACIÓN**

**Durante los primeros 3 meses**

***Hitos normales del lenguaje***

- ◆ mira a las personas que lo cuidan/a otros
- ◆ guarda silencio en reacción al sonido (especialmente al habla)
- ◆ el llanto es diferente cuando está cansado, con hambre o con dolor
- ◆ sonríe o gorjea en respuesta a la sonrisa o voz de otra persona

***Indicios clínicos/motivo de preocupación en los primeros 3 meses***

- ◆ falta de respuesta
- ◆ falta de conciencia del sonido
- ◆ falta de conciencia del entorno
- ◆ el llanto no es diferente si está cansado, con hambre o dolor
- ◆ problemas para mamar/tragar

**De los 3 a los 6 meses**

***Hitos normales del lenguaje***

- ◆ mirada fija en la cara
- ◆ responde a su nombre buscando la voz
- ◆ localiza regularmente la fuente del sonido/la persona que está hablando
- ◆ gorjea, murmura, se ríe entre dientes, se ríe

***Indicios clínicos/motivo de preocupación a los 6 meses***

- ◆ no se puede concentrar, se sobreexcita fácilmente
- ◆ falta de conciencia del sonido, no localiza la fuente del sonido/a la persona que habla
- ◆ falta de conciencia de personas y objetos en el entorno

*Continúa...*

**TABLA 2: HITOS NORMALES DEL LENGUAJE E INDICIOS CLÍNICOS DE UN TRASTORNO POTENCIAL DE LA COMUNICACIÓN**

**DE LOS 6 A LOS 9 MESES**

***Hitos normales del lenguaje***

- ◆ imita la vocalización
- ◆ disfruta de los juegos sociales recíprocos organizados por un adulto (tales como hacer cucú o batir las palmas)
- ◆ tiene diferentes vocalizaciones para diferentes estados
- ◆ reconoce a personas conocidas
- ◆ imita sonidos y acciones conocidas
- ◆ gorjeo reduplicado (“bababa”, “mamama”), juego vocal con modelos de entonación, muchos sonidos que asumen el sonido de palabras
- ◆ llora cuando el padre o la madre se van de la habitación (9 meses)
- ◆ responde consistentemente al habla suave y a sonidos del entorno
- ◆ se inclina para pedir un objeto

***Indicios clínicos/motivo de preocupación a los 9 meses***

- ◆ no parece entender o disfrutar de las recompensas sociales de la interacción
- ◆ falta de conexión con un adulto (tales como contacto visual, mirada fija recíproca, alternancia vocal, juegos sociales recíprocos)
- ◆ no gorjea o gorjea con ninguna o pocas consonantes

*Continúa...*

**TABLA 2: HITOS NORMALES DEL LENGUAJE E INDICIOS CLÍNICOS DE UN TRASTORNO POTENCIAL DE LA COMUNICACIÓN**

**DE LOS 9 A LOS 12 MESES**

***Hitos normales del lenguaje***

- ◆ llama la atención (mediante vocalización, tos)
- ◆ sacude la cabeza para negar, aleja objetos no deseados
- ◆ dice adiós con la mano
- ◆ indica claramente sus demandas: dirige el comportamiento de otros (muestra objetos); le entrega objetos a los adultos; palmea o tira del adulto; señala el objeto deseado
- ◆ coordina las acciones entre los objetos y los adultos (mira al adulto y al objeto deseado)
- ◆ imita sonidos/acciones nuevas
- ◆ demuestra patrones continuos de gorjeo reduplicado, produce vocalizaciones que suenan como las primeras palabras (“mamá”, “papá”)

***Indicios clínicos/motivo de preocupación a los 12 meses***

- ◆ se enoja fácilmente por sonidos que no molestarían a otros
- ◆ no pide claramente el objeto mientras se concentra en él
- ◆ no coordina la acción entre objetos y adultos
- ◆ no muestra patrones consistentes de gorjeo reduplicado
- ◆ sus respuestas no indican que comprenda las palabras o los gestos comunicativos
- ◆ depende exclusivamente del contexto para comprender el lenguaje

*Continúa...*

**TABLA 2: HITOS NORMALES DEL LENGUAJE E INDICIOS CLÍNICOS DE UN TRASTORNO POTENCIAL DE LA COMUNICACIÓN**

**De los 12 a los 18 meses**

***Hitos normales del lenguaje***

- ◆ comienza a formar palabras individuales
- ◆ pide objetos: apunta, vocaliza, quizá usa aproximaciones de palabras
- ◆ recibe atención: vocalmente, físicamente, quizá mediante palabras (como “mami”)
- ◆ entiende que un adulto puede ayudarle (por ejemplo, para accionar un juguete a cuerda)
- ◆ usa palabras comunes (como “adiós”, “hola” “gracias”, “por favor”)
- ◆ protesta: dice “no”, niega con la cabeza, se aparta, aleja objetos
- ◆ comentarios: señala el objeto, vocaliza o usa aproximaciones de palabras
- ◆ reconoce: contacto visual, respuesta vocal, repetición de palabras

***Indicios clínicos/motivo de preocupación a los 18 meses***

- ◆ no muestra gestos comunicativos
- ◆ no intenta imitar o decir palabras individuales espontáneamente para comunicar significado
- ◆ no insiste en las comunicaciones (por ejemplo, le da un objeto a un adulto para pedir su ayuda pero se da por vencido si el adulto no responde de inmediato)
- ◆ vocabulario de comprensión limitado (comprende menos de 50 palabras o frases sin indicaciones de gestos o contexto)
- ◆ vocabulario de elaboración limitado (dice menos de 10 palabras)
- ◆ no muestra un desarrollo de vocabulario de elaboración durante un período de 6 meses desde los 12 a los 18 meses

*Continúa...*

**TABLA 2: HITOS NORMALES DEL LENGUAJE E INDICIOS CLÍNICOS DE UN TRASTORNO POTENCIAL DE LA COMUNICACIÓN**

**De los 18 a los 24 meses**

***Hitos normales del lenguaje***

- ◆ usa principalmente palabras para comunicarse
- ◆ comienza a usar combinaciones de dos palabras: al principio son combinaciones generalmente memorizadas y usadas en uno o dos contextos
- ◆ a los 24 meses usa combinaciones con significados relacionados (como “más galleta”, “papi zapato”); uso más flexible
- ◆ a los 24 meses conoce por lo menos 50 palabras que pueden parecerse a las de los adultos

***Indicios clínicos/motivo de preocupación a los 24 meses***

- ◆ depende de los gestos sin vocalización
- ◆ vocabulario de elaboración limitado (dice menos de 50 palabras)
- ◆ no usa ninguna combinación de dos palabras
- ◆ elaboración de consonantes limitada
- ◆ el habla es mayormente incomprensible
- ◆ clasifica compulsivamente los objetos en lugar de hacer comentarios o pedirlos
- ◆ regresión en el desarrollo del lenguaje, deja de hablar o comienza a repetir frases que oye, muchas veces inadecuadamente

*Continúa...*

**TABLA 2: HITOS NORMALES DEL LENGUAJE E INDICIOS CLÍNICOS DE UN TRASTORNO POTENCIAL DE LA COMUNICACIÓN**

**De los 24 a los 36 meses**

***Hitos normales del lenguaje***

- ◆ se involucra en diálogos cortos y expresa emociones
- ◆ comienza a usar el lenguaje de manera imaginativa
- ◆ comienza a proporcionar detalles descriptivos para facilitar la comprensión del oyente
- ◆ usa elementos para llamar la atención (como “eh”, por ejemplo)
- ◆ puede unir ideas no relacionadas y elementos de un cuento
- ◆ comienza a incluir artículos (tal como “un”, “la”) y terminaciones de palabras (tal como “ando” añadido a los verbos); el plural regular “-s” (gatos); “es” + adjetivo (pelota es roja); y el (tiempo) pasado de los verbos (“-ó”)

***Indicios clínicos/motivo de preocupación a los 36 meses***

- ◆ palabras limitadas a sílabas individuales sin consonantes finales
- ◆ articula pocas o ninguna palabra múltiple
- ◆ no exige una respuesta de los oyentes
- ◆ no hace preguntas
- ◆ poca inteligibilidad del habla
- ◆ rabietas frecuentes cuando no lo entienden
- ◆ repetición como un papagayo de las palabras sin la intención de comunicarse

**REFERENCIAS DE LA TABLA 2:**

Miller, J. *Assesing Language Production in Children: Experimental Procedures. (Evaluación de la producción del lenguaje en niños: procedimientos experimentales)*. Austin, TX: Pro-Ed, 1981.

Miller, J. Chapman, R., Branston M., and Reichle J. Language comprehension in sensorimotor stages V and VI (Comprensión de lenguaje en las etapas sensitivomotoras V y VI). *Journal of Speech and Hearing Research*, 1980;23:284-3111.

Olswang, L., Stoel-Gammon C., Coggins, T. y Carpenter R. Assessing prelinguistic and early linguistic behaviors in developmentally young children (Evaluando comportamientos prelinguísticos y lingüísticos tempranos en niños pequeños en su desarrollo). En *Assesing Linguistic Behavior (ALB)*. Seattle, WA: University of Washington Press, 1987.

## VIGILANCIA RUTINARIA DEL DESARROLLO

*La vigilancia del desarrollo es un proceso flexible y continuo mediante el que los profesionales de cuidado de niños supervisan el estado de desarrollo del niño durante las visitas de cuidado de la salud rutinarias o mientras proveen servicios de la niñez temprana.*

La vigilancia periódica del desarrollo puede ser parte de los exámenes de rutina de un niño saludable o efectuarse en otro momento cuando los profesionales de cuidado de niños evalúan al niño.

La vigilancia del desarrollo para la comunicación incluye buscar factores de riesgo, identificar indicios clínicos de trastornos de la comunicación potenciales, escuchar las inquietudes de los padres sobre el desarrollo de su niño y usar pruebas de detección formales del desarrollo de la comunicación que se adecuen a la edad del niño.

Es importante supervisar el desarrollo de comunicación del niño a los 6, 9, 12, 18, 24 y 36 meses.

La supervisión de los patrones del niño, los tiempos de desarrollo del habla y lenguaje y su comparación con los “hitos normales del lenguaje” (véase la TABLA 2) son parte importante de la vigilancia rutinaria del desarrollo.

Si el niño no ha alcanzado un hito en particular a cierta edad, éste es un indicio clínico de un trastorno potencial de la comunicación. Si el desarrollo de la comunicación de un niño parece estar retrasado, corresponde comenzar una supervisión más específica en busca de un trastorno de la comunicación (*la denominada vigilancia mejorada del desarrollo*).



---

## ***Vigilancia de problemas de audición***

---

Se recomienda que la vigilancia rutinaria del desarrollo para todos los niños pequeños incluya la supervisión de problemas de audición. Se recomienda encarecidamente que durante los primeros 3 meses de vida todos los niños se sometan a un examen objetivo de audición, preferiblemente en el período neonatal antes de marcharse del hospital.

Las pruebas de detección de problemas potenciales de audición son particularmente importantes para bebés y niños pequeños cuando:

- ◆ existen factores de riesgo conocidos de pérdida auditiva
- ◆ se identifican indicios clínicos de trastornos de la comunicación
- ◆ los padres expresan inquietudes sobre la posibilidad de un trastorno de comunicación o pérdida auditiva
- ◆ existen hallazgos anormales en una prueba de detección de habla y lenguaje

En caso de niños que presentan un nivel aumentado de preocupación acerca de problemas de audición, es extremadamente importante realizar una evaluación objetiva del estado de audición del niño.



## MÉTODO DE VIGILANCIA MEJORADA

En el caso de niños que implican un mayor nivel de preocupación con respecto a un posible trastorno de la comunicación se recomienda que la vigilancia rutinaria del desarrollo se sustituya por una vigilancia del desarrollo más frecuente y específica de modo de supervisar el desarrollo de la comunicación.

*La vigilancia mejorada del desarrollo* se recomienda para niños pequeños que no tienen problemas de desarrollo aparentes más allá de una preocupación sobre un trastorno potencial de la comunicación. Los profesionales y padres pueden tomar decisiones informadas sobre acciones apropiadas basadas en la información que se reúne durante el proceso de supervisión.



Una vez que ha comenzado un programa de vigilancia mejorada, se recomienda que el niño regrese para una nueva evaluación dentro de un plazo de 3 meses.

Puede que sea apropiado que algunos niños regresen para una visita de seguimiento (o comiencen con las pruebas de detección) antes de los 3 meses, según el nivel o gravedad del trastorno aparente y la edad del niño.

Como parte del proceso de supervisión, es importante proveerle a los padres información sobre hitos de lenguaje esperados (véase la TABLA 2), motivos de preocupación y maneras de proveerle al niño oportunidades que estimulen el desarrollo del lenguaje.

Como parte de la vigilancia mejorada, se recomienda que los padres comiencen con la supervisión sistemática del lenguaje del niño. Esto puede hacerse mediante el uso de una lista de verificación de desarrollo o cuestionario designado para el uso de los padres, como por ejemplo la lista de verificación de palabras y gestos de CDI o el cuestionario de edades y etapas. Estas pruebas se explican más adelante en este capítulo.

**EN LA PRIMERA VISITA**

Cuando un profesional sospecha inicialmente que un niño puede padecer de un trastorno de comunicación, es importante:

- ◆ determinar si es necesaria una evaluación de audición u otra evaluación de desarrollo
- ◆ educar a los padres sobre el desarrollo normal del lenguaje y los trastornos del lenguaje
- ◆ enseñarle a los padres a que usen listas de verificación apropiadas para supervisar el desarrollo de la comunicación
- ◆ enseñarle a los padres métodos para estimular el desarrollo del lenguaje en el niño
- ◆ hacer una cita para una visita de seguimiento



Cuando se realicen las visitas de seguimiento, se recomienda que las decisiones sobre acciones adicionales se basen en el progreso del niño durante el período de vigilancia.

**DESPUÉS DE 3 MESES DE VIGILANCIA MEJORADA**

**a) Si el niño ha logrado alcanzar los hitos normales del lenguaje apropiados para su edad...**

Se recomienda que el niño no reciba más evaluaciones específicas pero continúe la vigilancia mejorada del desarrollo y regrese a una evaluación nuevamente en no más de 3 meses.

*En los niños pequeños las habilidades de lenguaje cambian drásticamente durante los primeros 3 años del niño. Es importante reconocer que muchas veces es difícil determinar el motivo o el nivel del trastorno de la comunicación en niños pequeños, particularmente en niños menores de 24 meses de edad sin otras inquietudes de desarrollo aparentes. Algunos niños sin ningún otro problema de desarrollo pueden eventualmente alcanzar a sus compañeros y "superar con la edad" su retraso de comunicación.*

***b) Si la comunicación ha mejorado pero no se han alcanzado los hitos de lenguaje...***

En un niño sin ningún otro trastorno de desarrollo, puede que sea apropiado comenzar exámenes o evaluaciones más específicos para trastornos de la comunicación (incluyendo pérdida auditiva) si el niño no ha logrado alcanzar los hitos del lenguaje esperados dentro de un período de 3 a 6 meses de supervisión activa.

O bien sería apropiado continuar la supervisión y evaluar al niño nuevamente en no más de 3 meses si:

- ◆ la comunicación del niño ha mejorado (con base en alguna medida objetiva y según la opinión clínica del profesional), y
- ◆ el retraso de comunicación no parece estar afectando otras áreas del desarrollo del niño, y
- ◆ no existen otras preocupaciones de desarrollo; y
- ◆ los padres y el profesional se sienten cómodos extendiendo el período de supervisión

Si continúa la preocupación sobre el desarrollo de comunicación, pero no hay indicios de otros problemas de desarrollo, es importante:

- ◆ estimular a los padres a que continúen supervisando el desarrollo de lenguaje del niño
- ◆ aumentar la capacitación de los padres
- ◆ informarle a los padres que el niño podría estar en riesgo de sufrir problemas de lenguaje o podría eventualmente alcanzar los hitos normales del lenguaje; es muy pronto para saberlo con seguridad
- ◆ estimular a los padres a que aumenten las actividades en que el niño tiene la oportunidad de interactuar con otros niños (la exposición a niños con desarrollo normal del lenguaje puede proveerse a través de una variedad de actividades, tal como grupos de cuentos en la biblioteca, guardería infantil o grupos de juegos)
- ◆ establecer antecedentes auditivos y descartar la pérdida auditiva

**c) Si el nivel de comunicación del niño se mantiene igual a como estaba en la primera visita...**

Si no se ha hecho todavía, es muy importante que se realice una evaluación de audición (evaluación audiológica abarcativa).

Para los niños sin ningún otro trastorno de desarrollo aparente cuyo lenguaje no haya progresado después de 3 meses de supervisión y estimulación del lenguaje se recomienda una evaluación detallada en busca de un problema potencial de habla y lenguaje.

Es importante que el profesional busque cuidadosamente factores de riesgo o hallazgos que sugieran otros problemas de desarrollo (además del problema potencial del habla y del lenguaje). Puede que sea apropiado consultar con un audiólogo, pediatra especialista en el desarrollo u otros especialistas.

**d) Si el nivel de comunicación del niño ha retrocedido desde la primera visita...**

Si un niño menor de 3 años sufre una regresión en sus habilidades de comunicación u otras habilidades del desarrollo, se recomienda que el niño reciba una evaluación médica detallada. Esto puede incluir la evaluación por parte de un pediatra especializado en el desarrollo o de un neurólogo pediátrico.

Se recomienda que se realice una evaluación de comunicación detallada por parte de un patólogo del lenguaje y el habla.

Si no se ha hecho todavía, es muy importante que se realice una evaluación de audición (evaluación audiológica abarcativa).



## PRUEBAS DE DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

El propósito de las pruebas de detección de trastornos de la comunicación es tomar una decisión afirmativa o negativa sobre si el niño puede tener o no es probable que tenga problemas de comunicación. Las pruebas de detección no tienen como propósito establecer un diagnóstico formal. En cambio, las pruebas tienen el objetivo de identificar a niños que tengan mayores probabilidades de padecer de un trastorno de comunicación y que, por lo tanto, requieran una evaluación adicional más detallada para establecer un diagnóstico.

Existen varios métodos de detección de trastornos de la comunicación en niños pequeños. Las pruebas de detección de trastornos de la comunicación se pueden utilizar para investigar a todos los niños de un grupo de cierta edad o se pueden usar más selectivamente para investigar a ciertos niños en caso de que exista una preocupación mayor acerca de un trastorno de comunicación ya identificado.

### *Principios generales de detección de trastornos de la comunicación*

Hay muchos instrumentos fácilmente disponibles para la detección de potenciales trastornos de la comunicación. No obstante, incluso los instrumentos de detección fáciles de aplicar requieren generalmente la experiencia de un profesional cualificado (que tenga conocimientos sobre trastornos de la comunicación en niños pequeños) que interprete los resultados y aconseje a los padres. Se recomienda que las pruebas de detección de trastornos de la comunicación incluyan el uso de:

- ◆ preguntas indefinidas
- ◆ listas de verificación informales o formales
- ◆ instrumentos de detección formales
- ◆ observación de interacciones entre los padres y el niño en un ambiente familiar para el niño

Si se realiza una investigación inicial con una lista de verificación formal o un cuestionario para los padres, se recomienda uno de los siguientes:

- ◆ Language Development Survey (estudio del desarrollo del lenguaje, LDS por sus siglas en inglés)
- ◆ MacArthur Communicative Development Inventories (inventarios de desarrollo de la comunicación de MacArthur, CDI por sus siglas en inglés)
- ◆ Ages and Stages Questionnaire (cuestionario de edades y etapas, ASQ por sus siglas en inglés) (*no se analiza en las normas*)

Si existe una mayor preocupación sobre la posibilidad de que exista un trastorno de la comunicación en un niño pequeño, se recomienda el uso de instrumentos formales de detección de trastornos de la comunicación.

Los instrumentos de detección formales pueden incluir:

- ◆ Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale (escala de hitos auditivos de lingüística clínica, CLAMS por sus siglas en inglés)
- ◆ Early Language Milestone (hito de lenguaje temprano, ELM por sus siglas en inglés)

Si un instrumento de investigación sugiere la posibilidad de un trastorno de la comunicación, se requieren más evaluaciones para determinar si existe un trastorno de comunicación y para establecer un diagnóstico.

Aunque un instrumento de investigación sugiera que no es probable que exista un trastorno de comunicación, aún es importante evaluar al niño en busca de otros problemas de desarrollo o médicos que puedan haber causado la preocupación inicial.

***ESTUDIO DE DESARROLLO DE LENGUAJE (LDS)***

---

El estudio de desarrollo del lenguaje (LDS) fue diseñado originalmente para ser completado por los padres en un ambiente clínico, pero también puede enviarse por correo a los padres. Es una prueba de lenguaje expresivo diseñada para identificar retrasos del lenguaje en niños de 2 años.

El LDS consiste en una lista de verificación de vocabulario de una página con aproximadamente 300 palabras, más una pregunta que requiere combinar dos o más palabras para formar frases.

El LDS puede ser útil para identificar a niños de 24 meses de edad con un trastorno potencial de la comunicación. Si un niño de 24 meses tiene un vocabulario de menos de 50 palabras o no combina las palabras, es necesario realizar más evaluaciones.

***INVENTARIOS DE DESARROLLO DE COMUNICACIÓN DE MACARTHUR (CDI)***

---

Los inventarios de desarrollo de la comunicación de MacArthur (CDI) son pruebas con respecto a normas de desarrollo del lenguaje en niños y se basan en informes de los padres contenidos en un cuestionario normalizado.

El propósito de los CDI es describir el desarrollo típico del lenguaje en niños de 8 a 30 meses de edad. Existen dos formatos, uno para niños de 8 a 16 meses de edad y otro para niños de 16 a 30 meses. Los padres completan el cuestionario normalizado que abarca varios aspectos de la comunicación verbal y no verbal.

Los CDI son útiles para ayudar a reconocer a niños que se beneficiarían con evaluaciones adicionales. Si el niño proviene de una familia donde el español es el idioma principal, la versión en español de los CDI sería particularmente útil.

---

**ESCALA DE HITOS AUDITIVOS DE LINGÜÍSTICA CLÍNICA (CLAMS)**


---

La *escala de hitos auditivos de lingüística clínica* (CLAMS) fue desarrollada para investigar los retrasos de lenguaje en niños pequeños entre el nacimiento y los 3 años de edad. La prueba usa métodos normalizados para obtener información a partir de informes de los padres y de la interacción directa entre el examinador y el niño.

La CLAMS está diseñada para ser administrada por un médico en un ambiente de oficina. La prueba determina si un niño tiene habilidades de lenguaje específicas o habilidades que están presentes en la mayoría de los niños con un desarrollo típico en niveles de edades específicas.

La CLAMS es muy útil para confirmar el desarrollo normal del lenguaje en niños entre 14 y 36 meses de edad. También puede ser útil como prueba de detección para identificar retrasos en el lenguaje expresivo de niños entre 25 y 36 meses de edad.

---

**ESCALA DE HITOS DE LENGUAJE TEMPRANO (ELM)**


---

La *escala de hitos de lenguaje temprano* (ELM) fue desarrollada para que el pediatra realice en su oficina una breve prueba de detección de las habilidades de lenguaje del niño. Las respuestas se obtienen mediante una combinación del informe de los padres, las observaciones del examinador y las pruebas directas.

La escala ELM puede ser útil para identificar a niños de 24 meses de edad cuyo lenguaje expresivo se está desarrollando normalmente. La escala ELM puede ser menos útil para identificar a niños de 24 meses de edad con retrasos en el lenguaje expresivo. Actualmente está disponible la escala ELM-2, que es una versión modificada.

### ***Cómo considerar los resultados de una prueba de detección***

Cuando se consideran los resultados de una prueba de detección, es importante recordar que:

◆ No todos los niños con trastornos de la comunicación pueden identificarse temprano. Para los niños menores de 24 meses de edad, las pruebas de detección tienen limitaciones para diferenciar entre los niños con problemas de lenguaje receptivo y aquellos que desarrollan normalmente sus habilidades de lenguaje.

- ◆ Debido a que el momento del comienzo y la gravedad de los síntomas varía, se recomienda que las pruebas de detección se repitan a varios niveles de edades en caso de que persistan o sean evidentes las preocupaciones por trastornos de la comunicación.
- ◆ Si un niño califica por encima del límite estándar en una prueba normalizada y existen otras indicaciones de un trastorno potencial de la comunicación, se recomienda que se continúe supervisando el progreso del niño y que se programen seguimientos periódicos.



## EVALUACIÓN DETALLADA

Se han desarrollado varias pruebas normalizadas y métodos de evaluación para proveer una evaluación más detallada de los niños con un trastorno potencial de la comunicación. El propósito de estas pruebas es evaluar más a los niños cuando se considera que es posible que padezcan de un trastorno de comunicación debido a factores de riesgo e indicios clínicos, preocupaciones de los padres o profesionales o resultados de pruebas de detección positivas.

Cuando las investigaciones sugieren que el niño tiene un problema de comunicación potencial, se recomienda una evaluación detallada por parte de un patólogo del habla y el lenguaje para determinar si existe un trastorno de la comunicación. Se recomienda que la evaluación detallada se concentre en identificar los puntos fuertes del niño, así como las necesidades de intervención. Es importante compartir los resultados de la evaluación con los padres.

Es importante pedir a los padres que expongan sus inquietudes y que hagan preguntas. Esto ayudará al profesional a seleccionar los materiales y procedimientos de evaluación.

Se recomienda que una evaluación detallada del habla y el lenguaje incluya:

- ◆ habilidad de audición y antecedentes auditivos
- ◆ antecedentes de desarrollo del habla y el lenguaje
- ◆ antecedentes motores orales y de alimentación
- ◆ desempeño de lenguaje expresivo y receptivo (sintaxis, semántica, pragmática, fonología)
- ◆ desarrollo social
- ◆ calidad/resonancia de la voz (apoyo de aspiración, nasalización de la voz)
- ◆ fluidez (régimen y flujo del habla)
- ◆ información sobre la cultura, etnicidad y variaciones lingüísticas

Cuando se evalúa a un niño con un trastorno potencial de la comunicación, es muy importante que los profesionales usen la opinión clínica además de toda la información reunida sobre el niño y no dependan solamente de las calificaciones de las pruebas.



Cuando se informan los resultados de la evaluación, es importante tener en cuenta el impacto en la familia.



Si los resultados de la evaluación confirman que existe un trastorno de la comunicación, es importante tratar de determinar las posibles causas o los factores que contribuyen al trastorno.

Es apropiado que los padres investiguen la posibilidad de una segunda opinión o de una evaluación independiente si continúan preocupándose sobre el desarrollo del habla y el lenguaje.



---

### ***Técnicas específicas para una evaluación detallada***

---

Se recomienda que la evaluación detallada de los niños pequeños con trastornos posibles del habla y el lenguaje incluya tanto las pruebas normalizadas como los métodos alternativos de evaluación.

Las pruebas normalizadas del lenguaje expresivo y receptivo son importantes debido a la objetividad y a la estructura que aportan al proceso de evaluación. Es importante que estas pruebas sean apropiadas para la edad e incluyan medidas que hagan *referencia a normas*

(comparación del desempeño del niño con el de un grupo apropiado de niños de su edad) y *referencia a criterios* (comparación del desempeño del niño con un estándar predeterminado).

Es importante recordar que las calificaciones de las pruebas normalizadas no alcanzan para efectuar un diagnóstico.



Algunos aspectos de la comunicación (incluyendo la pragmática, la conversación, la voz y la fluidez) no se pueden medir fácilmente mediante las pruebas normalizadas. Por lo tanto, además de las pruebas normalizadas es importante incluir los métodos de evaluación alternativos.

Los métodos alternativos pueden incluir la observación del niño y un análisis de las *pruebas de lenguaje natural* (el habla y lenguaje del niño como se usan en ambientes que son familiares al niño y con personas conocidas, como los padres y los que cuidan a los niños).

Las pruebas de habla espontánea acumuladas en contextos naturales son importantes para determinar el desarrollo de lenguaje del nivel del niño y obtener una descripción de la forma, la capacidad y el uso del lenguaje del niño. Las observaciones de las interacciones entre la persona que cuida al niño y éste pueden servir como medida de la eficacia de la comunicación del niño.

## OTRAS EVALUACIONES ESPECIALES

Muchos niños pequeños que son identificados y derivados inicialmente por un problema de habla y el lenguaje serán diagnosticados eventualmente con otros problemas de desarrollo además del trastorno de la comunicación. Por ejemplo, muchas veces se evalúa en principio a niños con un retraso del desarrollo a causa de una preocupación por un problema de habla y lenguaje.

Aunque es importante que se evalúe a los niños de manera general en todas las áreas del desarrollo, las tres condiciones más probablemente incluyan un problema de habla y lenguaje son:

- ◆ problemas cognitivos generales (retraso de desarrollo/retraso mental)
- ◆ Impedimento de audición
- ◆ Autismo o trastornos de desarrollo intensos (*no se explican en estas normas; véase el Anexo A para los factores de riesgo de autismo*)

### *Cómo evaluar a niños pequeños con trastornos de la comunicación y otros problemas del desarrollo*

Cuando se evalúa el retraso general del desarrollo en niños pequeños, se recomienda que la evaluación se concentre de manera especial e individual en las habilidades de comunicación.

Los trastornos de la comunicación son más comunes en los niños pequeños que padecen de otros problemas o trastornos del desarrollo. Estos niños con un trastorno de comunicación y algún otro trastorno del desarrollo implican un mayor desafío a la hora de planificar estrategias de evaluación e intervención.

Cuando se evalúa a niños pequeños con trastornos de la comunicación potenciales, es importante evaluar la función cognitiva general del niño, sus interacciones emocionales y cómo actúa socialmente.



## CÓMO EVALUAR LOS PROBLEMAS AUDITIVOS EN NIÑOS PEQUEÑOS

Es particularmente importante tener en cuenta el nivel de capacidades cognitivas del niño (la capacidad de comprensión, procesamiento y respuesta ante información) cuando se evalúa si el niño padece o no de un trastorno de la comunicación.

Es importante evaluar por un lado la percepción y por otro la comunicación en niños pequeños con posibles trastornos de la comunicación.

Cuando se está evaluando la percepción en niños pequeños es importante usar algún tipo de prueba basada en desempeño que no requiera el uso del lenguaje.



Se recomienda que una evaluación abarcativa de la audición en bebés y niños pequeños (de 0 a 3 años de edad) incluya:

- ◆ antecedentes auditivos
- ◆ pruebas de audiometría del comportamiento (mediante un procedimiento de reacción apropiado para la edad o fase del desarrollo)
- ◆ procedimientos electrofisiológicos

Las pruebas fisiológicas tales como la *respuesta auditiva a nivel del tallo cerebral* (ABR por sus siglas en inglés) se recomiendan para niños cuyos resultados de evaluación de audición sean inciertos o contradictorios. La ABR es una prueba apropiada para niños que aparenten padecer de pérdida auditiva y sean muy pequeños para las pruebas de comportamiento.

La ABR puede requerir el uso de medicamentos (sedantes) para tranquilizar al niño. La audiometría de observación del comportamiento (como aplaudir o tocar una campana) *no* se recomienda como prueba auditiva para bebés y niños porque no resulta confiable.

---

***OTRAS EVALUACIONES  
ESPECIALES***

---

*Niños con problemas motores  
orales y de alimentación*

Aunque estas normas no se concentran en el desarrollo de recomendaciones para niños con problemas motores orales y de alimentación, se incluyen algunas recomendaciones generales ya que los niños que sufren de estos problemas muchas veces padecen también (o corren riesgo de desarrollar) un problema del habla o lenguaje.

Es conveniente tener un equipo de profesionales pediátricos involucrados en la evaluación continua de los niños que despiertan inquietudes sobre su función motora oral o de alimentación.

Se recomienda que los profesionales involucrados en la evaluación de niños con inquietudes motoras orales y de alimentación tengan conocimientos acerca del desarrollo normal motor oral y de alimentación así como experiencia y pericia para evaluar a niños con estos problemas.

*Comunicación aumentativa*

La comunicación aumentativa implica el uso de varios métodos o equipos de ayuda para la comunicación.

Los dispositivos aumentativos pueden incluir lenguaje por señas, letreros con imágenes, dispositivos electrónicos de salida de voz y computadoras. Los sistemas de comunicación aumentativa pueden incluir otras técnicas de comunicación, tales como gestos, expresiones faciales y vocalización no verbal.

Es importante evaluar la necesidad de un sistema de comunicación aumentativo en niños con trastornos de la comunicación, especialmente si el habla no es un método de comunicación eficaz para el niño. Para algunos niños, los sistemas de comunicación aumentativos (incluso el lenguaje por señas) pueden ser transitorios o provisionarios.

Se recomienda que se les informe a los padres que el uso de un sistema de comunicación aumentativo puede ayudar a promover el desarrollo del habla.



## CÓMO USAR LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PARA DETERMINAR SI SE COMIENZA UNA TERAPIA DEL HABLA Y EL LENGUAJE

La decisión sobre si se inicia o no la terapia del habla y el lenguaje en niños pequeños depende del tipo de problema de habla y lenguaje y del nivel de desarrollo del niño. Los profesionales usan información de la evaluación detallada del habla y el lenguaje y la evaluación de desarrollo, incluyendo cualquier evaluación especial de la percepción, la audición u otras evaluaciones especiales como la de problemas motores orales.

Se ofrecen recomendaciones diferentes para los niños que padecen solamente de un problema del habla y el lenguaje sin ningún otro problema de desarrollo aparente y para aquellos cuyo problema del habla y el lenguaje viene acompañado por otros problemas de desarrollo, como por ejemplo retrasos del desarrollo en general, problemas de audición o problemas motores orales.

### *Consideraciones para comenzar una terapia del habla y el lenguaje*

Cuando se tenga que decidir si comenzar o no con una terapia del habla y el lenguaje en niños pequeños con trastornos potenciales de la comunicación, es importante que los padres y profesionales cuenten con información actualizada sobre lo siguiente:

- ◆ evaluación detallada del habla y el lenguaje
- ◆ evaluación del desarrollo que incluye una evaluación apropiada del estado de percepción del niño
- ◆ evaluación de audición
- ◆ evaluación de problemas motores orales, si existen

Una vez que estén disponibles los hallazgos de las evaluaciones anteriores, es importante tomar decisiones preliminares sobre la necesidad de una terapia del habla y el lenguaje.

Los factores a tener en cuenta para tomar la decisión sobre el comienzo de una terapia del habla y el lenguaje incluyen:

- ◆ la gravedad del retraso en el habla y el lenguaje del niño
- ◆ el tipo de problema de habla y lenguaje del niño
- ◆ el estado cognitivo del niño
- ◆ la presencia de problemas de audición, motores orales o cualquier otro problema significativo que pudiese afectar la comunicación del niño

Es importante reconocer que las indicaciones para la terapia del habla y el lenguaje en niños con retrasos de desarrollo en general pueden cambiar con el tiempo a medida que el niño se desarrolla.

---

### ***Niños con problemas del habla y el lenguaje y retrasos del desarrollo***

---

Si se cumplen las tres condiciones siguientes, puede que no sea necesario iniciar una terapia formal del habla y el lenguaje para niños con retrasos generales del desarrollo (cognitivos):

- ◆ el lenguaje de comprensión y expresivo del niño está a la par del nivel de desarrollo del niño, y
- ◆ el niño no tiene ningún otro impedimento específico del habla y el lenguaje, y
- ◆ el retraso cognitivo no está asociado con una condición especial en la que los problemas de comunicación son generalmente un componente importante (como el síndrome de Down o el autismo)

Para los niños que padecen de trastornos de desarrollo específicos asociados con condiciones en las cuales los problemas del habla y lenguaje son usualmente un componente importante (como el síndrome de Down o el autismo), puede que resulte beneficioso comenzar una terapia formal del habla y el lenguaje.

Si el nivel del lenguaje y el nivel de desarrollo son iguales en el niño y no existen otros trastornos específicos del habla y el lenguaje, se recomienda que los padres y los profesionales comiencen actividades para estimular el desarrollo del lenguaje, incluyendo interacciones sociales apropiadas. También es importante continuar la supervisión activa del desarrollo.

Es importante tener en cuenta el grado de confiabilidad de los resultados de las pruebas para decidir si se comienza o no con una terapia del habla y el lenguaje para niños con retrasos en su desarrollo. A veces, las pruebas de percepción que dependen de la habilidad del lenguaje pueden subestimar las habilidades cognitivas del niño.

---

***Consideraciones sobre una terapia del habla y el lenguaje para niños sin otros problemas de desarrollo***

---

Si una evaluación detallada del habla y el lenguaje determina que un niño tiene un problema del habla y el lenguaje, pero la evaluación del desarrollo no indica un retraso del desarrollo en general ni otros problemas de desarrollo, puede que sea útil considerar si el niño tiene lo siguiente:

- ◆ un retraso en el lenguaje expresivo con comprensión normal del lenguaje y ningún otro impedimento específico de lenguaje (algunas veces se denomina “retraso específico de lenguaje expresivo” o SELD).
- ◆ un impedimento específico de lenguaje (SLI)

## *Niños con retrasos expresivos leves*

Cuando se decida si comenzar o no con una terapia del habla y el lenguaje para niños de entre 18 y 36 meses de edad que presentan únicamente un retraso en el lenguaje expresivo y ningún otro problema de desarrollo aparente (comprensión normal del lenguaje, sin pérdida auditiva, y desarrollo típico en todo lo demás), es importante:

- ◆ evaluar si el niño tiene más o menos probabilidades de continuar con problemas de lenguaje
- ◆ reconocer que para predecir si un niño tiene más o menos probabilidad de continuar con problemas de lenguaje se requiere de una opinión clínica experta.



Para los niños que se consideran *más* propensos a desarrollar futuros problemas del habla y el lenguaje (por ejemplo, niños con múltiples factores que predicen un retraso continuo) se recomienda que:

- ◆ se comience la terapia formal del habla y el lenguaje
- ◆ continúen las actividades para promover el desarrollo del lenguaje, así como la supervisión continua del progreso del niño
- ◆ los niños reciban evaluaciones periódicas de su nivel de comunicación y progreso (ya se que se comience o no con la terapia del habla y el lenguaje)

Para los niños que tienen *menos* probabilidades de padecer de futuros problemas del habla y el lenguaje, se recomienda que:

- ◆ por ahora no se comience con la terapia del habla y el lenguaje
- ◆ continúen las actividades para promover el desarrollo del lenguaje, así como también la supervisión continua del progreso del niño
- ◆ un profesional evalúe nuevamente al niño en un plazo que no supere los 3 meses
- ◆ se reconsidere la necesidad de una terapia del habla y el lenguaje al momento de la nueva evaluación, de acuerdo con el progreso del niño

---

## ***Niños con retrasos graves de habla y lenguaje***

---

Para los niños de 18 a 36 meses que se hayan sometido a una evaluación detallada que indique un retraso grave y que no presenten ningún otro problema aparente en el desarrollo, se recomienda que se inicie la terapia formal del habla y el lenguaje, así como una evaluación abarcativa de la salud.

Los siguientes factores pueden ser indicios de retrasos graves:

- ◆ ninguna palabra simple a los 18 meses
- ◆ un vocabulario de menos de 30 palabras a los 24 meses
- ◆ ninguna combinación de dos palabras a los 36 meses

Una de las discusiones actuales entre expertos de la especialidad es hasta qué punto es necesaria la terapia formal del habla y el lenguaje en niños pequeños de 18 a 36 meses que presentan un retraso del lenguaje pero ningún otro problema del desarrollo.

Existe cierto grado de variación en los tiempos del desarrollo del lenguaje en niños que crecen normalmente dentro de este rango de edad. A los 48 meses de edad, muchos de estos niños con retrasos del lenguaje leves pueden alcanzar a los niños de su edad que se desarrollan normalmente, especialmente si se hacen esfuerzos para facilitar el desarrollo del lenguaje. Sin embargo, es importante que se comience con una terapia del habla y el lenguaje en el caso de niños con retrasos más graves.

## INTERVENCIÓN PARA TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

Ningún tipo de intervención del habla y el lenguaje es la mejor para todos los niños pequeños. Se recomienda que el tipo de intervención para cada niño se base en la evaluación de los puntos fuertes y las necesidades específicas de ese niño. Es particularmente importante evaluar los niveles de desarrollo y lenguaje antes de los tratamientos del niño.



Es importante recordar que la intervención temprana puede ayudar a acelerar el desarrollo del lenguaje general del niño y producir mejores resultados funcionales a largo plazo.

Para que un niño progrese en un componente de lenguaje en particular (tal como la pronunciación o gramática), es importante enfocar el tratamiento directamente en ese problema, ya que la mejoría en un área no necesariamente significa la mejoría en otras áreas.

Es importante identificar y definir claramente las metas para el tratamiento individual de cada niño con resultados mensurables y marcadores de habilidad definidos.



Para la mayoría de los niños pequeños con trastornos de la comunicación se recomienda que la intervención se concentre primero en aumentar la cantidad, la variedad y los logros de la comunicación verbal y no verbal y después, si fuera necesario, en la inteligibilidad.

Es importante que el progreso de un niño no se demore concentrándose en habilidades del habla que no se esperan a esa edad en particular o a ese nivel de desarrollo del niño.

Es importante incluir una evaluación continua del progreso de la intervención y modificar las estrategias de intervención cuando sea necesario.

Se recomienda que no se continúe con ningún tipo de terapia sin evidencia de que la intervención resulta eficaz para el niño.

Puede que sea apropiado modificar el enfoque de la intervención cuando se produce cualquiera de los siguientes hechos:

- ◆ se han alcanzado metas del tratamiento
- ◆ no hay progreso evidente
- ◆ se observa regresión
- ◆ se produce un cambio inesperado en el comportamiento o en el estado de salud del niño
- ◆ se produce un cambio en las condiciones de la intervención o en el entorno del niño



Las evaluaciones abarcativas (entre ellas las pruebas normalizadas apropiadas) también son importantes para comparar el progreso individual del niño con el desarrollo esperado para su edad. Es importante realizar al menos una evaluación abarcativa por año.

## ***Participación de los padres en la intervención***

Es importante que los padres, hasta donde puedan y estén dispuestos, participen en la evaluación e intervención de su niño para poder comprender su trastorno del lenguaje, las opciones de tratamientos y el pronóstico, así como las metas, objetivos y métodos de tratamiento.

Se recomienda que las decisiones sobre el grado de participación de los padres en las intervenciones se tomen con base en el caso y que se tenga en cuenta lo siguiente:

- ◆ la disponibilidad e interés de los padres en participar
- ◆ características del entorno doméstico del niño
- ◆ disponibilidad de capacitación y apoyo profesional

Aunque es importante incluir a los padres en el proceso de intervención, también es importante que puedan decidir con respecto a su capacidad, disponibilidad y deseos de participar en la intervención.

Algunos padres pueden ayudar a proveer la intervención para su niño siempre y cuando:

- ◆ padres y profesionales dediquen una cantidad adecuada de tiempo a la capacitación de los padres
- ◆ los padres reciban las instrucciones adecuadas del profesional
- ◆ el profesional supervise el progreso del niño de manera continua

---

***Participación del profesional en el proceso de intervención***

---

Se recomienda que los profesionales involucrados en proporcionar la intervención tengan pericia y experiencia con bebés, niños pequeños y sus familias y que están cualificados y debidamente autorizados de acuerdo con las leyes de prácticas profesionales del Estado de Nueva York.

Es importante que todos los profesionales cooperen en la coordinación e integración de técnicas y métodos cuando trabajen con el niño y su familia.

---

***Consideraciones sobre el idioma y la cultura del niño y su familia***

---

Siempre es esencial tener en cuenta y respetar la cultura y el idioma principal de la familia cuando se provean intervenciones para niños con trastornos de la comunicación.

Aunque es importante tener en cuenta la preferencia de los padres al determinar el idioma a utilizar en la intervención, se recomienda encarecidamente que cualquier intervención se lleve a cabo en el lenguaje principalmente utilizado en el hogar. Esto es importante para que se pueda producir una interacción y comunicación normal entre el niño y la familia en su casa. Es importante que la capacitación y asesoramiento de los padres, incluyendo cualquier material escrito, sea en el idioma principal de la familia.

Se recomienda que un profesional que domine el idioma del niño y de su familia lleve a cabo cualquier terapia directa del habla y el lenguaje.

Debido a que la participación de los padres es una parte fundamental en el desarrollo del habla y el lenguaje, es importante que los profesionales involucrados en la educación y capacitación de los padres conozcan el idioma y la cultura de la familia.

Si no hay disponible un profesional que domine el idioma principal del niño, se recomienda la presencia de un intérprete especializado para que asista al profesional que efectúa la intervención.

Si el profesional que efectúa la intervención no está familiarizado con la cultura de la familia, es importante contar con un informante cultural que aconseje al profesional sobre asuntos que puedan causar malos entendidos durante el curso de la terapia.

Una persona familiarizada con la cultura y el idioma de la familia puede analizar las técnicas y los materiales de intervención para determinar si son culturalmente adecuadas.

Es importante que los intérpretes que ayuden durante el proceso de intervención reciban capacitación por parte del profesional que efectúa la intervención para asegurarse de que las interpretaciones de los comportamientos del niño sean cultural y lingüísticamente precisas. Se recomienda que los intérpretes participen en el programa de intervención específico.

## MÉTODOS DE INTERVENCIÓN MAYORES

Las intervenciones de habla y lenguaje para niños pequeños con trastornos de la comunicación incluyen una variedad de métodos y enfoques. Algunas intervenciones se concentran directamente en el niño (muchas veces se denominan *intervenciones directas*). Otras intervenciones se concentran en enseñar las habilidades de intervención a los padres o a otra persona que después trabaja con el niño (muchas veces se denominan *intervenciones indirectas*).

### **TERAPIA INDIVIDUAL O DE GRUPO**

Entre las intervenciones que se concentran directamente en el niño, algunas implican trabajar con el niño en sesiones de terapias *individuales* en las que el terapeuta trabaja de manera individualizada con el niño, ya sea solo o en un entorno que incluya a otros niños que se estén desarrollando normalmente. Este tipo de intervención puede realizarse en el hogar (un programa basado en el hogar) o en cualquier otro sitio (como en una oficina, escuela, lugar de cuidado de niños o ambiente comunitario).

La selección de un ambiente para la terapia de habla/lenguaje individual dependerá de una variedad de factores relacionados con las necesidades individuales del niño y la situación de la familia. Estos pueden incluir la edad y el nivel de desarrollo, el tipo y la gravedad del trastorno de comunicación, otras deficiencias del desarrollo o problemas médicos, el interés de la familia y su capacidad de participar en la intervención, la cultura del niño y de la familia y el idioma usado por el niño y la familia.

Otras intervenciones involucran trabajar con niños en un ambiente de *grupo* en el cual existen varios niños que están recibiendo intervenciones similares. Las intervenciones en grupo abarcan desde grupos pequeños de dos niños a entornos de aulas grandes.



En estas normas, las intervenciones de habla y lenguaje en *grupo* se definen como intervenciones que involucran a un profesional que trabaja con dos o más niños que padecen de un trastorno de la comunicación. El tamaño, el número de participantes y la estructura del grupo pueden variar de acuerdo con las necesidades y las capacidades del niño, las técnicas de intervención y el entorno.

Las intervenciones en grupo pueden ocurrir en un entorno clínico, aula o comunitario (como por ejemplo en la oficina del profesional, en lugar de cuidado de niños o en un instituto preescolar). Otros ambientes informales pueden incluir oportunidades para que los niños interactúen en programas de bibliotecas o de recreación.

En algunos niños mayores, las intervenciones en grupo pueden llevarse a cabo en un ambiente preescolar. Las intervenciones en grupo en los ambientes preescolares pueden ser o bien clases especializadas para niños con trastornos del desarrollo o incluir a niños de su edad que se desarrollen normalmente.

---

### ***Métodos de terapias individuales del habla y el lenguaje***

---

La terapia individual de habla y lenguaje (ya sea como único tipo de intervención o en combinación con intervenciones en grupo) puede ser útil en el tratamiento de niños pequeños con trastornos de la comunicación.

La terapia individual puede ser particularmente importante en las etapas iniciales de tratamiento a medida que se establecen objetivos de tratamientos específicos y que el niño se familiariza con el profesional y el uso de técnicas específicas. Sin embargo, la terapia individual como único método de intervención puede producir menos generalizaciones de habilidades de lenguaje ante otras situaciones que en el caso de intervenciones en grupo que involucran a varios interlocutores.

Es importante que los profesionales que llevan a cabo intervenciones individuales de habla y lenguaje trabajen con los padres para establecer las metas de la intervención y supervisar el progreso del niño.

Cuando se seleccione la estrategia de tratamiento para sesiones de terapia individuales, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- ◆ la edad cronológica y nivel de desarrollo del niño
- ◆ el tipo y gravedad del trastorno de comunicación del niño
- ◆ otras deficiencias en el desarrollo o problemas médicos
- ◆ puntos fuertes e intereses del niño
- ◆ otras terapias que el niño esté recibiendo
- ◆ el interés y la capacidad de la familia para participar en la intervención
- ◆ el idioma utilizado por el niño y la familia
- ◆ recursos de la comunidad

---

### ***Métodos de terapia grupal de habla y lenguaje***

---

Según la edad y el nivel de desarrollo de lenguaje del niño, la intervención de habla y lenguaje en un grupo con el desarrollo apropiado puede ser útil para niños pequeños con trastornos de la comunicación (ya sea como intervención única o combinada con terapia individual).

Muchas veces, las técnicas específicas utilizadas por el profesional que efectúa la intervención son similares para ambos ambientes de intervención individual y en grupo.

Las intervenciones de habla y lenguaje en grupo son útiles para estimular la generalización de habilidades de lenguaje en otros entornos. En cambio, las intervenciones efectuadas por un profesional de manera directa en sesiones de terapia individual pueden ser más útiles para establecer los aspectos estructurales del lenguaje.

Es importante brindar oportunidades para incluir a los padres en las intervenciones en grupo de habla y lenguaje para los niños pequeños. Incluir a los padres en estas intervenciones en grupo puede contribuir a brindarles apoyo, información y enseñanza para mejorar el desarrollo de comunicación. También puede facilitar la generalización de las habilidades de lenguaje del niño en otros entornos.

El tipo de intervención en grupo de habla y lenguaje más apropiada y útil depende de la edad (o nivel de desarrollo) del niño. Para niños de 18 meses y menores se recomienda que los padres participen activamente en el proceso de intervención en grupo.



Para niños de 18 a 24 meses, es beneficioso incluir a los padres en las intervenciones en grupo, pero para algunos niños en este grupo de rango de edad, las intervenciones pueden ser beneficiosas aunque los padres no estén presentes. Las intervenciones en grupos pequeños bajo la dirección de un profesional pueden ser beneficiosas para niños de 24 a 36 meses de edad.

Puede ser beneficioso incluir a niños de la misma edad y de desarrollo normal en las intervenciones en grupo para niños pequeños con trastornos de la comunicación, ya que proveen una fuente importante de estimulación del lenguaje. Que un niño pequeño con trastorno de la comunicación interactúe en ambientes de juego con otros niños de su misma edad con habilidades de lenguaje apropiadas para esa edad puede ser útil para estimular el desarrollo de lenguaje en el niño con trastorno.

---

***Programas formales de capacitación de los padres***

---

Las recomendaciones para la capacitación de padres corresponden a un programa formal mediante el cual un profesional instruye a los padres sobre estrategias y métodos para mejorar el desarrollo del habla o lenguaje del niño. Los programas formales de capacitación para padres proporcionan una oportunidad para que los padres desempeñen un papel más importante en la implementación de las intervenciones de habla y lenguaje para su niño.

Los padres pueden participar con mucho éxito en la intervención siempre y cuando:

- ◆ estén supervisados por un profesional cualificado para efectuar la intervención
- ◆ los padres y los profesionales dediquen el tiempo adecuado al proceso de capacitación de los padres
- ◆ el profesional que efectúa la intervención analice el progreso del niño de manera continua

Los programas formales de capacitación para padres se recomiendan encarecidamente para padres que actúan como agentes principales de intervención para su niño con trastorno de comunicación. Los programas formales de capacitación para padres también pueden ser beneficiosos para los padres cuyos niños están involucrados en terapias de habla y lenguaje individuales o en grupo.

Se recomienda firmemente que los programas de capacitación para los padres incluyan:

- ◆ instrucción sobre las técnicas y métodos generales así como maneras de adaptar los métodos de intervención a las necesidades de su niño
- ◆ instrucción directa sobre el enfoque del tratamiento y las metas específicas de la intervención
- ◆ demostraciones de las técnicas de intervención específicas
- ◆ retroalimentación sobre el uso de las técnicas de intervención con su niño



---

## MÉTODOS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICOS

---

Las intervenciones de habla y lenguaje para niños pequeños con trastornos de la comunicación incluyen una variedad de técnicas específicas. Existen varias maneras de clasificar estas técnicas. Un plan de intervención para un niño individual generalmente incluye una serie de técnicas específicas.

---

### ***Intervención directiva e intervención naturalista***

---

Una de las mayores diferencias entre las técnicas es hasta que punto están basadas en métodos *directivos* o *naturalistas*. Usualmente, los métodos de intervención no se limitan a un solo enfoque, sino que incluyen una mezcla de ambos, comenzando usualmente por un enfoque más directivo y pasando a un enfoque más naturalista. Muchas intervenciones de habla y lenguaje combinan elementos de ambos.

### ***Intervenciones directivas***

Usualmente, las intervenciones directivas incluyen las tres características siguientes: proporcionan situaciones en las cuales el profesional controla los incentivos y las consecuencias relacionadas (refuerzos) y usan consecuencias tales como elogios verbales o de símbolos que no estén relacionados con las actividades actuales del niño.

Los métodos directivos usan técnicas específicas, tales como modelar e incitar y provocar las estructuras del lenguaje específico del niño. Un ejemplo de modelado es que el profesional nombre un objeto que le muestra al niño y que luego provoque que el niño nombre el objeto. La provocación significa que el profesional le presenta una orden verbal o pregunta o alguna indicación no verbal al niño para obtener la respuesta verbal deseada.

### **Métodos naturalistas**

Los métodos naturalistas incluyen por lo general las tres características siguientes: proporcionar oportunidades de aprendizaje en el ambiente diario del niño en vez de sesiones de aprendizaje estructuradas; seguir el foco de atención e interés del niño; y usar un incentivo y refuerzo que estén comúnmente relacionados con una respuesta de comunicación específica.

Las intervenciones naturalistas usan técnicas específicas que crean oportunidades para que el niño aprenda. Este enfoque utiliza aspectos de la interacción entre el adulto y el niño que promueven el aprendizaje del lenguaje en el ambiente natural del niño. En una intervención naturalista, el profesional coloca materiales en el entorno para provocar respuestas específicas del niño. Para decidir qué técnicas usar para cada niño, el profesional debe aplicar conocimientos sobre el aprendizaje normal del lenguaje y estar consciente de las necesidades del niño en particular.

---

### ***Cómo seleccionar una técnica o método***

---

No hay una técnica o método específico de terapia de habla y lenguaje que sea la mejor para todos los niños pequeños. Cuando seleccione una técnica o método de intervención, es importante que el profesional que efectúa la intervención tenga en cuenta las características específicas del niño, incluyendo la etapa de desarrollo de lenguaje del niño. Muchas veces es beneficioso considerar las habilidades de conversación del niño y el estilo verbal para tomar una decisión sobre si se debe usar una intervención más directiva o más naturalista.

Las intervenciones más directivas pueden ser apropiadas para algunos niños, particularmente en las primeras etapas del tratamiento. Las intervenciones directivas pueden ser muy eficaces en el desarrollo de estructuras iniciales de habla o gestos. Las intervenciones naturalistas pueden ser más inútiles para mejorar el lenguaje espontáneo y la generalización en entornos ajenos al tratamiento.

La progresión de estrategias de intervención de métodos más directivos a métodos más naturalistas es importante.

Aunque inicialmente los métodos directivos son quizá más importantes para algunos niños, algunos aspectos de lenguaje funcionales (cómo participar en una conversación, por ejemplo) deben aprenderse mediante métodos más naturalistas.

Un enfoque naturalista puede ayudar a facilitar las metas a largo plazo de las intervenciones de habla y lenguaje, tales como expresar las necesidades básicas, establecer el uso funcional del lenguaje, interactuar socialmente y adquirir conocimientos.

---

### ***Cómo evaluar técnicas de intervención específicas***

---

Está demostrado que muchas técnicas de intervención diferentes y específicas mejoran eficazmente las habilidades de habla y lenguaje en niños con trastornos de la comunicación. Qué técnicas específicas serán más eficaces para cada niño dependerá de muchos factores, entre ellos el tipo de trastorno de la comunicación, la personalidad del niño y si el niño tiene otros problemas de desarrollo o no.

Se recomienda que los objetivos de tratamiento para cada niño se identifiquen claramente y se definan con criterios explícitos para su éxito. Es importante evaluar regularmente la eficacia de las intervenciones de habla y lenguaje. Cuando un niño está recibiendo terapia de habla y lenguaje, es importante evaluar las habilidades de comportamiento y comunicación al comienzo del tratamiento y documentar el progreso al final de cada sesión de intervención.

Cuando un niño recibe una intervención de habla y lenguaje integrada dentro de las actividades diarias del niño (en lugar de en sesiones separadas), es importante que siempre se supervise y documente periódicamente el progreso del niño.

Es importante evaluar hasta que punto las habilidades de habla y lenguaje adquiridas con las técnicas de intervención específicas se generalizan en entornos ajenos al tratamiento.

Se recomienda que el profesional que provee la intervención use información acumulada regularmente sobre el progreso del niño para ayudar a seleccionar y modificar las estrategias de intervención, así como la intensidad, la frecuencia y la duración de la intervención.



## INTERVENCIONES DE HABLA Y LENGUAJE PARA NIÑOS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Los niños cuyo trastorno de comunicación es solamente parte de un mayor trastorno general del desarrollo pueden requerir servicios múltiples para tratar sus diversas necesidades. Existen consideraciones adicionales cuando se planifica una intervención para un niño con necesidades múltiples en comparación con aquellos niños que solo padecen de retraso o trastorno de lenguaje sin ningún otro problema evidente de desarrollo.

Muchas veces, las estrategias similares de intervención de habla y lenguaje son eficaces para niños con trastornos de la comunicación, independientemente de si el niño tiene otros problemas de desarrollo. No obstante, algunos estudios que comparan métodos de tratamientos específicos determinaron que el método de intervención más eficaz variaba de acuerdo con el nivel de desarrollo del niño antes del tratamiento.

El régimen de progreso esperado en la comunicación puede ser diferente para el niño que tiene otros tipos adicionales de impedimentos.

Las consideraciones adicionales para los niños que padecen de trastornos de la comunicación relacionados con otros problemas en el desarrollo incluyen:

- ◆ Para niños con trastornos de desarrollo diagnosticados cuando nacen, se recomienda que las intervenciones para trastornos potenciales de la comunicación comiencen en el nacimiento.
- ◆ Para los recién nacidos con síndromes genéticos o condiciones con gran probabilidad de retrasos del desarrollo (incluyendo la pérdida auditiva y ciertas condiciones neurológicas), se recomienda que la intervenciones para trastornos potenciales de la comunicación comiencen de inmediato.
- ◆ Para los niños con discapacidades en otras áreas del desarrollo, se recomienda que las intervenciones se concentren en todas las áreas afectadas y no únicamente en la comunicación.



***Estrategias para niños con trastornos de la comunicación y otros problemas del desarrollo***

Es posible que ciertas estrategias de tratamiento en particular deban modificarse si el trastorno de la comunicación está combinado con otras discapacidades. Algunas estrategias que pueden ser útiles para establecer el entorno de comunicación incluyen que:

- ◆ se adapten los materiales, equipos y lecciones al nivel de desarrollo del niño
- ◆ se adapte el ambiente del hogar o de la terapia para que el niño tenga que resolver problemas o reforzar habilidades para lograr lo que desea
- ◆ se ajuste el nivel de estimulación en el entorno al estilo de aprendizaje individual del niño
- ◆ se use la estimulación física o sensorial de preparación o actividades de aviso antes o durante la estimulación del lenguaje
- ◆ se presenten materiales de aprendizaje en pequeños incrementos (mediante el uso de análisis de tarea) y se provean apoyos sensoriales, emocionales o físicos

- ◆ se establezcan programas predecibles para ayudar a la transición del niño de una actividad a otra
- ◆ se presenten conceptos relacionados concretamente con el lenguaje, repetidamente o con contribuciones multisensoriales a través de indicaciones sensoriales que pueden ser intensas o exageradas
- ◆ se incluyan las interacciones de padres y compañeros como parte del ambiente de comunicación para ayudar a fomentar la generalización de las habilidades de comunicación

Los niños cuyo desarrollo está afectado en varias áreas necesitan múltiples servicios. Es importante coordinar estos servicios para que las intervenciones no estén divididas y los padres no se encuentren en la situación de tener que coordinar servicios para el niño.

---

***Intervenciones para niños que tienen problemas de habla y lenguaje relacionados con pérdida auditiva***

---

Muchas de las recomendaciones generales para tratar a niños que padecen solamente de un trastorno de comunicación también corresponden a los niños que padecen de trastornos de la comunicación relacionados con pérdida auditiva.

Se recomienda que la intervención de comunicación para niños pequeños con pérdida auditiva siga un enfoque de desarrollo con la meta de aumentar al máximo las habilidades de comunicación apropiadas para la edad.

Las metas de comunicación dirigidas específicamente a bebés y niños con pérdida auditiva que están aprendiendo el lenguaje por completo o parcialmente a través el canal auditivo pueden necesitar poner énfasis en los aspectos específicos del lenguaje (tal como fonológico o sintáctico) que muchas veces son menos obvios para aquellos con problemas de audición (debido a que son menos audibles y menos visibles).



El uso de dispositivos de amplificación personales (tales como audífonos) se considera un prerrequisito para una intervención de comunicación óptima para niños con pérdida auditiva. Se recomienda que se seleccionen individualmente los dispositivos de amplificación y se ajusten de acuerdo al tipo, grado y configuración de pérdida auditiva específica de cada niño. Es importante supervisar la pérdida auditiva del niño, el ajuste del dispositivo de amplificación y la eficacia del dispositivo de amplificación a través del proceso de intervención.

---

***Intervenciones para niños con deficiencias motoras orales o problemas de alimentación***

---

A causa de las futuras consecuencias de las funciones orales tales como el habla, es importante iniciar el tratamiento si existen deficiencias motoras orales o problemas de alimentación. La función motora oral es importante para el desarrollo de movimientos de coordinación de la boca, del sistema respiratorio y de fonología que son necesarios para la comunicación.

Muchas de las recomendaciones sobre las intervenciones de habla y lenguaje para niños que padecen solamente de trastornos de la comunicación también corresponden a niños que padecen de trastornos de la comunicación relacionados con problemas motores orales o de alimentación. Cuando la inteligibilidad del habla se reduce significativamente debido a las deficiencias motoras orales, se recomienda que la intervención se concentre en estas inquietudes.

Antes de comenzar un programa de alimentación, es extremadamente importante eliminar complicaciones médicas potenciales que pueden estar afectando la alimentación. Si se sospecha reflujo de aspiración o gastrointestinal, se recomienda que realizar pruebas médicas más abarcativas.



No es común que el problema de alimentación de un infante o niño pequeño se resuelva usando solo una técnica o enfoque. Es importante revisar la selección de técnicas y estrategias para que sean las apropiadas para satisfacer las necesidades cambiantes del niño.

Se recomienda encarecidamente que los profesionales que trabajan con estos niños tengan los conocimientos, la capacitación y la experiencia específicos y necesarios para estas condiciones, debido al alto riesgo de aspiración y otras complicaciones médicas en bebés y niños pequeños que padecen de trastornos de alimentación o al tragar. Se recomienda que los padres y otras personas que cuidan a los niños participen lo más que puedan en los planes de terapia de alimentación y motores orales para obtener resultados y un mantenimiento óptimos.

---

***Intervenciones para niños que necesitan comunicación aumentativa***

---

Se recomienda que se incluyan siempre las estrategias que apoyan el desarrollo del habla normal en las estrategias de intervención de comunicación aumentativas para bebés y niños pequeños.

Es importante concentrarse en las habilidades de comunicación del niño en vez de en la habilidad del niño para usar el sistema.

Cuando se seleccione un sistema de comunicación aumentativa para la intervención, es importante tener en cuenta la visión, la audición y la habilidades cognitivas del niño, el público deseado, el acceso, la portabilidad, la adaptabilidad, las posibilidades de expansión y el mantenimiento.

Se recomienda que las intervenciones de comunicación aumentativa se concentren en la capacitación con un sistema fácil de usar que permita que el niño se haga entender por una gran variedad de compañeros de comunicación y que proporcione motivación para usar el sistema en respuesta a indicaciones naturales en contextos cotidianos.





# **ANEXOS**

## **ANEXO A**

### **OTROS FACTORES DE RIESGO E INDICIOS CLÍNICOS**



---

**TABLA A-1**  
**FACTORES DE RIESGO DE PROBLEMAS DE AUDICIÓN EN NIÑOS PEQUEÑOS**

---

**Factores genéticos o congénitos**

- ◆ Antecedentes familiares de pérdida auditiva hereditaria sensorial neural de la infancia
- ◆ Infecciones congénitas relacionadas con la pérdida auditiva
- ◆ Anomalías craneofaciales
- ◆ Peso al nacer inferior a 1,500 gramos
- ◆ Síndrome genético que incluye la pérdida auditiva

**Exposiciones o problemas después del nacimiento**

- ◆ Calificaciones de Apgar bajas (0-4 en un minuto ó 0-6 en cinco minutos)
- ◆ Hiperbilirrubinemia que requiere exsanguinotransfusión
- ◆ Medicamentos ototóxicos
- ◆ Meningitis bacterial
- ◆ Ventilación mecánica durante cinco o más días
- ◆ Otitis media recurrente o crónica con efusión

*Fuente: Joint Committee on Infant Hearing (Comité conjunto sobre audición infantil), 1994*

---

**TABLA A-2**  
**FACTORES DE RIESGO E INDICIOS CLÍNICOS DE PROBLEMAS MOTORES ORALES O DE ALIMENTACIÓN EN NIÑOS PEQUEÑOS**

---

**Factores de riesgo**

- ◆ Trastornos o síndromes craneofaciales (cabeza y cuello)
- ◆ Labio leporino o paladar hendido
- ◆ Traqueotomía
- ◆ Parálisis cerebral

**Indicios clínicos**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| ◆ Incremento de peso deficiente     | ◆ Sonidos de llantos sin distinción       |
| ◆ Tiempo de alimentación prolongado | ◆ Volumen o calidad de llanto deficientes |
| ◆ Habilidad de mamar deficiente     | ◆ Balbuceo recíproco deficiente           |
| ◆ Atragantamiento                   | ◆ Reflejo vocal reducido                  |
| ◆ Babeo excesivo                    | ◆ Falta de desarrollo                     |
| ◆ Hiper/hipo sensibilidad           |   |

---

**TABLA A-3**

## INDICIOS CLÍNICOS DE LA POSIBILIDAD DE AUTISMO EN NIÑOS PEQUEÑOS

---

Los indicios clínicos enumerados a continuación representan comportamientos retrasados o fuera de lo normal que si se observan en niños con trastornos de la comunicación potenciales pueden ser un indicio clínico de autismo (aunque algunos de estos hallazgos también se pueden observar en niños que padecen de un retraso o trastorno del desarrollo diferente al autismo).

Si existe cualquiera de estos indicios clínicos, será necesario realizar evaluaciones adicionales para determinar la posibilidad de autismo u otro trastorno del desarrollo.

- ◆ Retraso o ausencia de lenguaje hablado
- ◆ Mira a través de las personas; no está consciente de otras personas
- ◆ No responde a las expresiones/sentimientos
- ◆ Falta de juego fingido; poca o ninguna imaginación
- ◆ No demuestra el interés típico ni juega expresamente cerca de niños de su edad
- ◆ No espera su turno
- ◆ No tiene la habilidad de compartir placeres
- ◆ Impedimento cualitativo en la comunicación no verbal
- ◆ No señala a un objeto para que otra persona se fije en éste
- ◆ Falta de supervisión de mirada fija
- ◆ Falta de iniciación de actividad o juego social
- ◆ Manierismos inusuales o repetitivos en manos o dedos
- ◆ Reacciones inusuales, o falta de reacción ante estímulos sensoriales

---

Fuente: *Clinical Practice Guideline for Autism/Pervasive Developmental Disorder (Normas de prácticas clínicas para autismo y trastornos generalizados del desarrollo)*; Departamento de Salud del Estado de Nueva York, 1999.

## **ANEXO B**

### **LISTA DE ARTÍCULOS QUE SATISFACEN LOS CRITERIOS DE PRUEBAS**



---

## ARTÍCULOS CITADOS COMO PRUEBAS DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN

---

### Estudios grupales

1. Burden V., Stott CM, Forge J. Goodyer I. The Cambridge Language and Speech Project (CLASP por sus siglas en inglés) (El proyecto de lenguaje y habla de Cambridge): Detection of language difficulties at 36 to 39 months (Detección de dificultades en el lenguaje a los 36 a 39 meses de edad). *Developmental Medicine and Child Neurology* 1996; 38: 613-31.
2. Byrne J. Ellsworth C. Bowering E. Vincer M. Language development in low birth weight infants: The first two years of life (Desarrollo del lenguaje en bebés con poco peso de nacimiento: los primeros dos años de vida). *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1993; 14: 21-27.
3. Clark JG, Jorgensen SK, Blondeau R. Investigating the validity of the Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale (Investigando la validez de la escala de hitos de auditoria de lingüística clínica). *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 1995; 31: 63-75.
4. Dunn M, Flax J, Sliwinski M, Aram D. The use of spontaneous language measures as criteria for identifying children with specific language impairment: An attempt to reconcile clinical and research incongruence (El uso de medidas de lenguaje espontáneo como criterios para identificar niños con impedimentos de lenguaje específicos: Un esfuerzo para reconciliar la incongruencia clínica y de investigaciones). *Journal of Speech and Hearing Research* 1996; 39: 643-54.
5. Glascoe FP. Can clinical judgment detect children with speech-language problems? (¿Puede la opinión clínica detectar a los niños con problemas de habla y lenguaje?) *Pediatrics* 1991; 87: 317-22.
6. Klee T, Carson D, Gavin W, Hall L, Kent A, Reece S. Concurrent and predictive validity of an Early Learning Screening Program (Validez concurrente y previsible de un programa de investigaciones de aprendizaje Temprano). *Journal of Speech and Hearing Research* 1998; 41: 627-41.

7. Law J. Early language screening in city and Hackney: The concurrent validity of a measure designed for use with 2 1/2 year olds (La validez concurrente de una medida designada para utilizar con niños de 2 1/2 años de edad). *Child Care Health and Development* 1994; 20: 295-308.
8. LeNorman MT, Vaivre-Douret L, Delfosse MJ. Language and motor development in pre-term children: Some questions (El desarrollo de lenguaje y motor en niños pretérminos: Algunas preguntas). *Child Care Health and Development* 1995; 21: 119-33.
9. Paul R, Looney SS, Dahm PS. Communication and socialization skills at ages 2 and 3 in “late-talking” young children (Habilidades de comunicación y socialización a los 2 y 3 años en niños pequeños que comienzan a hablar tarde). *Journal of Speech and Hearing Research* 1991; 34: 858-65.
10. Paul R, Lynn TF, Lohr-Flanders M. History of middle ear involvement and speech/language development in late talkers (Antecedentes de la implicación del oído medio y el desarrollo del habla/lenguaje en niños que comienzan a hablar tarde). *Journal of Speech and Hearing Research* 1993; 36: 1055-62.
11. Rescorla L, Schwartz E. Outcome of toddlers with specific expressive language delay (Resultados de los niños pequeños con retrasos específicos de lenguaje expresivo). *Applied Psycholinguistics* 1990; 11: 393-407.
12. Rescorla L. The Language Development Survey: A screening tool for delayed language in toddlers (Estudio de desarrollo de lenguaje: Un mecanismo de investigación para el lenguaje retrasado en niños pequeños). *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1989; 54: 587-99.
13. Tomblin JB, Hardy J, Hein H. Predicting poor-communication status in preschool children using risk factors present at birth (Predecir el estado de la comunicación deficiente en niños preescolares usando los factores de riesgo que existen en el nacimiento). *Journal Speech Hearing Research* 1991; 34: 1096-1105.
14. Ward S. The predictive validity and accuracy of a screening test for language delay and auditory perceptual disorder (La validez y precisión previsible de una prueba de investigación para trastornos perceptivos de retraso de lenguaje y auditivo). *European Journal of Disorders of Communication* 1992; 27: 55-72.

---

## ARTÍCULOS CITADOS COMO PRUEBAS DE MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

---

### Estudios grupales

1. Barnett WS, Escobar CM, Ravsten MT. Parent and clinic early intervention for children with language handicaps: A cost-effectiveness análisis (Intervención temprana de padres y clínica para niños con impedimentos de lenguaje: Un análisis de eficiencia de costos). *Journal of División for Early Childhood* 1988; 12: 290-298.
2. Best W, Melvin D, Williams S. The effectiveness of communication groups in day nurseries (La eficacia de los grupos de comunicación en las guarderías infantiles). *European Journal of Disorders in Communication* 1993; 28: 187-212.
3. Broen PA, Westman MJ. Project parent: A preschool speech program implemented through parents (Proyecto de padres: Un programa de habla preescolar implementado a través de los padres). *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1990; 55: 495-502.
4. Camarata SM, Nelson KE, Camarate MN. Comparison of conversational-recasting and imitative procedures for training gramatical structures in children with specific language impairment (Comparación de cambios de conversación y procedimientos de imitación para el entrenamiento de estructuras gramaticales en niños con impedimentos de lenguaje específicos). *Journal of Speech and Hearing Research* 1994; 37: 1414 – 1423.
5. Cole KN, Dale PS. Direct language instruction and interactive language instruction with language delayed preschool children: a comparison study (Instrucción de lenguaje directa e instrucción de lenguaje interactiva con niños preescolares con retrasos de lenguaje: un estudio comparativo). *Journal of Speech and Hearing Research* 1986; 29: 206-271.
6. Cole KN, Dale PS, Mills PE. Individual differences in language delayed children's responses to direct and interactive preschool instruction (Diferencias individuales en las respuestas de niños con retrasos de lenguaje ante instrucciones preescolares directas e interactivas). *Topics in Early Childhood for Special Education* 1991; 11: 99-124.

7. Eiserman WD, McCoun M, Escobar CM. A cost-effectiveness analysis of two alternative program models for serving speech-disordered preschoolers (Un análisis coste-eficaz de dos modelos de programas alternativos para ayudar a los niños preescolares con trastornos del habla). *Journal of Early Intervention* 1990; 14: 297-317.
8. Eiserman WD, Weber C, McCoun M. Two alternative program models for serving speech-disordered preschoolers: A second year follow-up (Dos modelos de programas alternativos para ayudar a niños preescolares con trastornos en el habla. Seguimiento del segundo año). *Journal of Communication Disorders* 1992; 25: 77-106.
9. Fey ME, Cleave PL, Long SH, Hughes DL. Two approaches to the facilitation of grammar in children with language impairment: An experimental evaluation (Dos métodos para la provisión de la gramática en niños con impedimentos de lenguaje: Una evaluación experimental). *Journal of Speech and Hearing Research* 1993; 36: 141-157.
10. Fey ME, Cleave PL, Ravida AI, Long SH, Dejmaj AE, Easton DL. Effects of grammar facilitation on the phonological performance of children with speech and language impairments (Efectos de la provisión de la gramática en el desempeño fonológico de niños con impedimentos de habla y lenguaje). *Journal of Speech and Hearing Research* 1994; 37: 594 – 607.
11. Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays (Estimulación concentrada interactiva para niños pequeños con retrasos de vocabulario expresivo). *Journal of Speech and Hearing Research* 1996; 39: 1274 -1283.
12. Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Effects of lexical intervention on the phonology of late talkers (Efectos de la intervención léxica en la fonología de los niños con retrasos en el habla). *Journal of Speech and Hearing Research* 1997; 40: 338 - 348.
13. Girolametto L, Verbey M, Tannock R. Improving joint engagement in parent-child interaction: An intervention study (Cómo mejorar el compromiso mutuo de la interacción entre padre y niño: Un estudio de intervención). *Journal of Early Intervention* 1994; 18: 155-167.

14. Haley KL, Camarata SM, Nelson KE. Social valence in children with specific language impairment during imitation-based and conversation-based language intervention (Habilidad social en niños con impedimentos de lenguaje específicos durante intervenciones de lenguaje basadas en imitación y conversación). *Journal of Speech and Hearing Research* 1994; 37:378 – 388.
15. Pearce PS, Girolametto L, Weitzman E. The effects of focused stimulation intervention on mothers of late-talking toddlers (Los efectos de la intervención de estimulación concentrada en madres de niños pequeños con retrasos en el habla). *Infant-Toddler Intervention* 1996; 6: 213-227.
16. Robertson SB, Weismer SE. The influence of peer models on the play scripts of children with specific language impairment (La influencia de modelos de compañeros en manuscritos de juego de niños con impedimentos de lenguaje específicos). *Journal of Speech and Hearing Research* 1997; 40: 49-61.
17. Tannock R, Girolametto L, Siegel LS. Language intervention with children who have developmental delays: effects of an interactive approach (Intervención de lenguaje con niños que presentan retrasos de desarrollo: resultados de un enfoque interactivo). *American Journal of Mental Retardation* 1992; 97: 145-160.
18. Wilcox MJ, Kouri T, Caswell S. Early language intervention: A comparison of classroom and individual treatment (Intervención de lenguaje temprana: Una comparación de tratamientos en salas de clase e individuales). *American Journal of Speech Language Pathology* 1991; 49 – 62.
19. Yoder PJ, Káiser AP, Alpert Cl. An exploratory study of the interaction between language teaching methods and child characteristics (Un estudio exploratorio de la interacción entre los métodos de enseñanza de lenguaje y las características del niño). *Journal of Speech and Hearing Research* 1991; 34: 155-167.
20. Yoder PJ, Káiser AP, Goldstein H, et al. An exploratory comparison of milieu teaching and responsive interaction in classroom applications (Una comparación exploratoria de la enseñanza Milieu e interacción sensible en aplicaciones de las salas de clases). *Journal of Early Intervention* 1995; 19: 218 – 242.

**Estudios de investigación específica**

1. Alpert CL, Káiser AP. Training parents as milieu language teachers (Cómo capacitar a los padres como profesores de lenguaje de entorno). *Journal of Early Intervention* 1992; 16: 31-52.
2. Connell PJ. Teaching subjecthood to language-disordered children (Cómo enseñar materias a niños con trastornos de lenguaje). *Journal of Speech and Hearing Research* 1986; 29: 481-492.
3. Gierut JA. The conditions and course of clinically induced phonological change (Condiciones y curso de los cambios fonológicos inducidos clínicamente). *Journal of Speech and Hearing Research* 1992; 35: 1049-1063.
4. Gierut JA, Morrisette ML, Hughes MT, Rowland S. Phonological treatment efficacy and developmental norms (Eficacia en los tratamientos fonológicos y normas de desarrollo). *Language, Speech & Hearing Services in Schools* 1996; 27: 215-230.
5. Goldstein H, English K, Shafer K, Kaczmarek L. Interaction among preschoolers with and without disabilities: effects of across-the-day peer intervention (Interacción entre preescolares con y sin discapacidades: resultados de la intervención de compañeros a través del día). *Journal of Speech and Hearing Research* 1997; 40: 33-48.
6. Hemmeter ML, Káiser AP. Enhanced milieu teaching: Effects of parent-implemented language intervention (Enseñanza de entorno mejorada: Resultados de la intervención de lenguaje implementada por los padres). *Journal of Early Intervention* 1994; 18: 269-289.
7. Káiser AP, Hester PP. Generalized effects of enhanced Milieu teaching (Resultados generalizados de la enseñanza de entorno mejorada). *Journal of Speech and Hearing Research* 1994; 37: 1320-1340.
8. Káiser AP, Ostrosky M, Alpert CL. Training teachers to use environmental arrangement and Milieu teaching with nonvocal preschool children (Cómo entrenar a los profesores a usar disposiciones del medio ambiente y enseñanza de entorno con niños preescolares no vocales). *Journal of The Association for the Severely Handicapped* 1993; 18: 188-1993.
9. Losardo A, Bricker D. Activity-based intervention and direct instruction: A comparison study (Intervención basada en actividades e instrucción directa: Un estudio comparativo). *Journal of Mental Retardation* 1994; 98: 744-765.

10. Pinder GL, Olswang, LB. Development of Communicative Intent in Young Children with Cerebral Palsy: A Treatment Efficacy Study (Desarrollo de intento comunicativo en niños pequeños con parálisis cerebral: Un estudio de eficacia de tratamiento). *Infant-Toddler Intervention* 1995; 5: 51-70.
11. Venn M, Wolery M, Fleming L, DeCesare L, Morris A, Cuffs M. Effects of teaching preschool peers to use the mand-model procedure during snack activities (Resultados de enseñar a compañeros preescolares a usar el procedimiento de modelo por personas durante las actividades de meriendas). *American Journal of Speech Language Pathology* 1993; 38-46.
12. Warren SF, Bambara LM. An experimental analysis of milieu language intervention: teaching the action-object form (Un análisis experimental de la intervención de lenguaje de entorno: enseñar a través del método acción-objeto). *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1989; 54: 448-461.
13. Warren SF. Facilitating basic vocabulary acquisition with milieu teaching procedures (Facilitando adquisición de vocabulario básico con procedimientos de enseñanza de entorno). *Journal of Early Intervention* 1992; 16: 235-251.
14. Warren SF, Yoder PJ, Gazdag GE, Kim K, Jones HA. Facilitating prelinguistic communication skills in young children with developmental delay (Facilitando habilidades de comunicación prelingüísticas en niños pequeños con retrasos en el desarrollo). *Journal of Speech and Hearing Research* 1993; 36: 83-97.
15. Weismer SE, Murray BJ, Miller JF. Comparison of two methods for promoting productive vocabulary in late talkers (Comparación de dos métodos para promover el vocabulario productivo en niños retrasados en el habla). *Journal of Speech and Hearing Research* 1993; 36: 1037 – 1050.
16. Yoder PJ, Káiser AP, Alpert CI, Fischer R. Following the child's lead when teaching nouns to preschoolers with mental retardation (Cómo seguir las indicaciones del niño cuando se enseñan nombres a niños preescolares retrasados mentales). *Journal of Speech and Hearing Resesarch* 1993; 36: 158-167.
17. Yoder PJ, Warren SF, Kim K, Gazdag GE. Facilitating prelinguistic communication skills in young children with developmental delay. II: Systematic replication and extension (Facilitando habilidades de comunicación prelingüísticas en niños pequeños con retrasos del desarrollo. II: Repetición y extensión sistemática). *Journal of Speech and Hearing Research* 1994; 37: 841-851.



## **ANEXO C**

### **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DEL ESTADO DE NUEVA YORK**

- C-1 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA:  
INFORMACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTOS RELEVANTES**
- C-2 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA:  
DESCRIPCIÓN**
- C-3 DEFINICIONES OFICIALES DEL PROGRAMA DE  
INTERVENCIÓN TEMPRANA**
- C-4 NÚMEROS DE TELÉFONOS DE PROGRAMAS DE  
INTERVENCIÓN TEMPRANA MUNICIPALES**



---

## C-1 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA: INFORMACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTOS RELEVANTES

---

- EIP ❖ 1 Los niños que sufren de retrasos de la comunicación consistentes con las definiciones de retrasos del desarrollo establecidas por el Estado son elegibles para participar en el Programa de Intervención Temprana. Aquellos niños a quienes se les han diagnosticado trastornos de la comunicación, incluyendo dificultades específicas del lenguaje, pérdida auditiva, trastornos en el desarrollo del habla, trastornos expresivos y receptivos del habla y síndrome de dispraxia son elegibles para participar en el Programa de Intervención Temprana por haberles sido “diagnosticada una enfermedad con grandes probabilidades de provocar retrasos del desarrollo.” (página 4)
- EIP ❖ 2 Los términos *evaluación*, *padres* y *detección* también han sido definidos en las regulaciones aplicables al Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York. Estas definiciones se incluyen en el anexo C-3. (página 5)
- EIP ❖ 3 El término que se utiliza para definir a los profesionales calificados para ofrecer servicios de intervención temprana en el Estado de Nueva York es “personal calificado”. Personal calificado son todas aquellas personas que cuentan con (1) aprobación para ofrecer servicios a los niños elegibles en el grado en que se lo permita su respectiva licencia, certificado, o matrícula y (2) una licencia, certificado o matrícula apropiada para el área donde ofrece sus servicios. Consulte el anexo C-3 para obtener una lista del personal calificado incluido en los reglamentos del programa. (página 5)
- EIP ❖ 4 De acuerdo con el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, los médicos y otros profesionales son considerados “fuentes principales de referencia”. Cuando las fuentes principales de referencia sospechan que existe un posible trastorno de la comunicación o un retraso en el desarrollo de la comunicación, deberán referir al niño al Oficial de Intervención Temprana del condado donde reside el niño, a menos que los padres se opongan a que el niño sea referido. El anexo C-4 contiene una lista de funcionarios de Intervención Temprana. (página 14)

- EIP ❖ 5 Los padres podrán referir a sus hijos directamente al funcionario de Intervención Temprana del Estado de Nueva York en su condado de residencia si sospechan que existe un posible trastorno de la comunicación. *(página 14)*
- EIP ❖ 6 Las fuentes principales de referencia, que incluyen a médicos y otros profesionales, están obligadas a informar a los padres sobre el Programa de Intervención Temprana y los beneficios que los servicios de intervención temprana implican para los niños y sus familias. *(página 14)*
- EIP ❖ 7 Siempre que sea posible, la evaluación multidisciplinaria del niño para el Programa de Intervención Temprana deberá realizarse en su idioma predominante. *(página 15)*
- EIP ❖ 8 Aquellos profesionales que sospechen que el niño padece de un retraso o trastorno de la comunicación como resultado de la preocupación expresada por los padres o por sus observaciones durante el transcurso de una evaluación del desarrollo, deberán referir al niño al Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York a menos que los padres estén en desacuerdo con que el niño sea referido. *(página 26)*
- EIP ❖ 9 Los niños con dificultades auditivas son elegibles para el Programa de Intervención Temprana. Aquellos profesionales que sospechen que el niño pudiera tener un problema auditivo debido a la preocupación expresada por los padres o por sus observaciones durante el transcurso de una evaluación del desarrollo deberán referir al niño al Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, a menos que los padres estén en desacuerdo con que el niño sea referido. *(página 27)*

EIP ❖ 10 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, las principales fuentes de referencia incluyen una amplia variedad de profesionales que ofrecen servicios a niños pequeños y sus familias (vea la definición que aparece en el anexo C-3). Las principales fuentes de referencia deberán referir a aquellos niños que presenten el riesgo de padecer o que se sospecha que padecen de algún trastorno o retraso de la comunicación o cualquier otro problema en el desarrollo al funcionario de Intervención Temprana del condado donde reside el niño. Cuando exista una preocupación mayor sobre el desarrollo de la comunicación pero esa preocupación aun no alcance el nivel donde se sospeche la existencia de un retraso o trastorno de la comunicación, pudiera considerarse que el niño presenta riesgos en el desarrollo de la comunicación. En esos casos, la opinión profesional y la preocupación de los padres deberán ser tomadas en consideración para determinar si el niño deberá ser referido al funcionario de Intervención Temprana como un niño que presenta un nivel de riesgo. Si se determina que el niño presenta el riesgo de padecer de retraso o trastornos de la comunicación, el niño deberá ser referido a menos que los padres estén en desacuerdo. El funcionario de Intervención Temprana tiene la responsabilidad de garantizar que aquellos menores que presentan un riesgo de padecer de problemas en el desarrollo sean evaluados, localizados y referidos para una evaluación multidisciplinaria si existe la sospecha de que padece de trastorno o retraso del desarrollo. Si se determina que el niño aún no presenta el riesgo de padecer de un retraso de la comunicación, todavía es importante monitorear el progreso del niño supervisando su desarrollo. *(página 28)*

EIP ❖ 11 Aquellos profesionales que sospechen que un niño padece de retraso o trastornos de la comunicación, ya sea debido a la preocupación expresada por sus padres o como resultado de la vigilancia de su desarrollo, deberán referir el niño al Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, a menos que los padres no estén de acuerdo con que el niño sea referido. *(página 29)*

- EIP ❖ 12 Si el niño no ha hecho ningún progreso o si muestra signos de regresión después de supervisar su desarrollo por un período de tres meses, deberá ser referido al Programa de Intervención Temprana por sospechas de que pudiera padecer de un retraso de la comunicación o de un trastorno de la comunicación. *(página 31)*
- EIP ❖ 13 Según el Programa de Intervención Temprana, el equipo de evaluación multidisciplinaria podrá determinar, con el consentimiento de los padres del niño, si deberá realizarse primero una revisión para determinar si se debe proceder con una evaluación o el tipo de evaluación necesaria. Si se realiza una revisión antes de que el niño sea referido al programa (durante una evaluación del desarrollo que sea parte de una visita médica de rutina) y los resultados sugieren la posibilidad de que exista un trastorno de la comunicación, el niño deberá ser remitido al Programa de Intervención Temprana con el fin de realizarle una evaluación multidisciplinaria, a menos que el padre esté en desacuerdo. Con el consentimiento del padre, los resultados de la revisión también deberán ser enviados al equipo seleccionado por el padre para realizar la evaluación multidisciplinaria del niño. *(página 31)*
- EIP ❖ 14 El equipo de evaluación multidisciplinaria podrá utilizar una combinación de instrumentos y procedimientos estándar así como su opinión clínica profesional para determinar la calificación del niño para recibir estos servicios. *(página 38)*
- EIP ❖ 15 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, el equipo de evaluación multidisciplinaria tiene la responsabilidad de comunicar a los padres los resultados de la evaluación del niño. *(página 38)*
- EIP ❖ 16 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, los padres tendrán el derecho de solicitar una mediación o una audiencia imparcial si los resultados de la evaluación multidisciplinaria demuestran que el niño no es elegible para recibir los servicios de intervención temprana. *(página 38)*

- EIP ❖ 17 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, el equipo de evaluación multidisciplinaria podrá utilizar una combinación de instrumentos y procedimientos estándar así como su opinión clínica profesional para determinar la calificación del niño para recibir los servicios de intervención temprana. *(página 38)*
- EIP ❖ 18 Según el Programa de Intervención Temprana, la evaluación multidisciplinaria deberá evaluar las cinco áreas del desarrollo (desarrollo cognoscitivo, de comunicación, físico, socioemocional y de adaptación). Esta evaluación multidisciplinaria se ofrecerá a los padres sin costo alguno. *(página 40)*
- EIP ❖ 19 La evaluación del desarrollo físico, que incluye una evaluación del estado de salud, es un componente indispensable de la evaluación multidisciplinaria según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York. Siempre que sea posible, la evaluación del estado de salud deberá ser realizada por el médico de cabecera del niño. *(página 40)*
- EIP ❖ 20 Los servicios de audición están cubiertos por el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York. *(página 41)*
- EIP ❖ 21 Los menores que sufran de problemas auditivos serán elegibles para el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York ya que se les ha diagnosticado una enfermedad con grandes probabilidades de causar retrasos del desarrollo. *(página 41)*
- EIP ❖ 22 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, cualquier sistema empleado para amplificar la comunicación es considerado como un “dispositivo tecnológico de asistencia” La necesidad potencial de un sistema de amplificación de la comunicación puede ser identificada a través de la evaluación multidisciplinaria inicial del niño o posteriormente a través de una evaluación adicional o realizada como parte del transcurso de una evaluación. La necesidad de dispositivos tecnológicos de asistencia deberá ser estipulada entre los padres y el Oficial de Intervención Temprana e incluida en el Plan de Servicio Familiar Individual. *(página 42)*

- EIP ❖ 23 En el Estado de Nueva York, los menores con retraso del habla son elegibles para el Programa de Intervención Temprana si sus retrasos son consistentes con la definición de retrasos del desarrollo del Estado (véase el anexo C-3). La mayoría de los niños que presenten solamente retrasos leves del lenguaje expresivo no cumplen con los requisitos que establece la definición del Estado de lo que significa un retraso del desarrollo. Estos niños pequeños pueden ser considerados como si presentaran riesgos de retraso de la comunicación. Para determinar si deben ser referidos al Programa de Intervención Temprana, los padres y profesionales deberán medir cuidadosamente la magnitud de su preocupación y la necesidad de participar en procedimientos formales de revisión y seguimiento. Vea también las páginas 28-31 que tratan sobre vigilancia mejorada del desarrollo. *(página 46)*
- EIP ❖ 24 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, el equipo que realiza la evaluación multidisciplinaria podrá utilizar una combinación de instrumentos estándar y su opinión clínica profesional para determinar si el niño cumple con los criterios de calificación del programa. Si el niño muestra un retraso del lenguaje expresivo, presenta una preponderancia de factores de pronóstico (véase la tabla III-7 del informe de recomendaciones) y el equipo de evaluación multidisciplinaria estima que la combinación del retraso en el lenguaje expresivo y los factores de pronóstico demuestran que el niño cumple con los requisitos de calificación, estas conclusiones deben ser ampliamente documentadas en la evaluación del niño. *(página 46)*
- EIP ❖ 25 Según el Programa de Intervención Temprana de la Ciudad de Nueva York, los servicios de intervención temprana deberán formar parte del Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP) del niño y de su familia, ser ofrecidos a los padres sin costo alguno bajo la supervisión pública de los funcionarios de Intervención Temprana y del Departamento de Salud del Estado y ser proporcionados por personal calificado tal y como se define en las regulaciones estatales (véase el anexo C-3 donde aparece una lista de los funcionarios de Intervención Temprana y la definición de personal calificado). *(página 48)*

- EIP ❖ 26 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, el IFSP deberá ser instituido para niños pequeños no más de 45 días después de haber sido referidos al Oficial de Intervención Temprana. El IFSP debe incluir una relación de los principales resultados anticipados para el niño y su familia y los servicios que necesitan el niño y su familia. El IFSP deberá revisarse cada 6 meses y ser evaluado una vez al año. La información obtenida en las evaluaciones subsiguientes deberá ser utilizada para las revisiones y evaluaciones anuales del IFSP. *(página 48)*
- EIP ❖ 27 El IFSP podrá ser corregido en cualquier momento en que los padres y el funcionario de Intervención Temprana acuerden que es necesario un cambio para satisfacer las necesidades del niño y de su familia. *(página 49)*
- EIP ❖ 28 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, el IFSP del niño y de su familia deberá ser evaluado anualmente. Esto podría incluir una evaluación del estado de desarrollo del niño si la misma fuera necesaria. Después de realizada la evaluación multidisciplinaria inicial del niño, se pueden realizar otras evaluaciones adicionales si lo recomienda el equipo de IFSP, lo aceptan los padres y el funcionario de intervención temprana y se incluye en el IFSP del niño. *(página 49)*
- EIP ❖ 29 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, los servicios de intervención temprana pueden ofrecerse en diferentes lugares, tanto en el hogar como en centros comunitarios. Los servicios de intervención temprana pueden ofrecerse a un niño individualmente, al niño y a los padres u otro miembro de la familia o persona a cargo del niño, a padres e hijos en grupo y a grupos de niños pequeños que califican. (Estos grupos también pueden incluir miembros en fases similares de desarrollo). También hay disponibles grupos de apoyo para las familias. *(página 52)*

- EIP ❖ 30 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, los servicios de intervención temprana podrán ofrecerse en diferentes lugares. Los servicios de intervención temprana pueden ofrecerse a un niño individualmente, al niño y a los padres u otro miembro de la familia o persona a cargo del niño, a padres e hijos en grupo y a grupos de menores que califican. (Estos grupos también podrán incluir miembros en fases similares del desarrollo). También hay disponibles grupos de apoyo a la familia. Consulte en el anexo C2 los diferentes tipos de servicios oficiales establecidos por las regulaciones del Estado de Nueva York para el Programa de Intervención Temprana. *(página 55)*
- EIP ❖ 31 Según la Ley de Educación de Minusválidos y las Leyes de Salud Pública del Estado de Nueva York, los servicios de intervención temprana deben ser ofrecidos tanto como sea posible en entornos naturales que resulten apropiados para las necesidades del niño. Entornos naturales significa aquellos lugares que son naturales o normales para los niños de la misma edad del niño que no sufren de discapacidades. *(página 55)*
- EIP ❖ 32 Según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, los profesionales que ofrecen servicios de intervención temprana tienen la responsabilidad de consultar con los padres y con otros profesionales que ofrecen estos servicios para garantizar que los servicios sean ofrecidos con eficacia y para proveer apoyo, educación y orientación a los padres y a otras personas encargadas del cuidado del niño con respecto al ofrecimiento de los servicios de intervención temprana. *(página 56)*
- EIP ❖ 33 La clase, intensidad, frecuencia y duración de los servicios de intervención temprana ofrecidos al niño y a su familia bajo el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York son determinados a través del proceso del IFSP. Todos los servicios del IFSP deben ser acordados entre los padres y el funcionario de Intervención Temprana. Si se produce un desacuerdo sobre lo que debe incluirse en el IFSP, los padres pueden solicitar una reconsideración mediante una mediación o una audiencia imparcial. *(página 60)*

- EIP ❖ 34 Aquellos niños pequeños a quienes se les han diagnosticado enfermedades con grandes probabilidades de causar retraso en el desarrollo califican para recibir servicios de intervención temprana según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York. *(página 61)*
- EIP ❖ 35 Los dispositivos personales de amplificación son considerados como dispositivos tecnológicos de asistencia según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York. *(página 63)*
- EIP ❖ 36 Los servicios audiológicos, incluyendo el monitoreo de la pérdida auditiva del niño, ajuste de la amplificación y evaluación de la efectividad de los dispositivos de amplificación están incluidos como servicios de intervención temprana bajo el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York. *(página 63)*
- EIP ❖ 37 Los servicios médicos y de salud de esta naturaleza no se consideran servicios de intervención temprana según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York. No obstante, el coordinador de servicios del niño tiene la responsabilidad de coordinar que el niño y su familia reciban los servicios de intervención temprana, así como cualquier otro servicio que estos requieran. *(página 64)*
- EIP ❖ 38 Los sistemas para mejorar la comunicación son considerados como dispositivos tecnológicos de asistencia según el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York. *(página 65)*



REFERIDO

## Inquietud de la familia

### 1. Derivación o “referido”

*(a menos que los padres se opongan)*

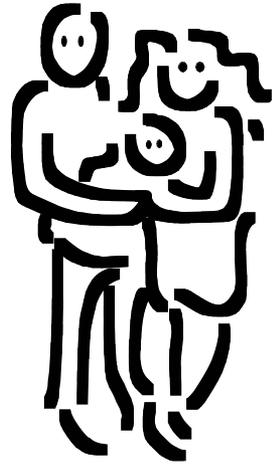
- ◆ La fuente de la derivación o referido o los padres sospechan que el niño padece de algún retraso o discapacidad de desarrollo
- ◆ Se informa a la familia sobre los beneficios del Programa de Intervención Temprana (EIP)
- ◆ Se deriva al niño al EIO dentro de los 2 días de su identificación
- ◆ El Funcionario de Intervención Temprana (EIO) asigna un Coordinador de Servicios Iniciales

### 2. Coordinador de Servicios Iniciales

- ◆ Proporciona información sobre el EIP
- ◆ Informa a las familias sobre sus derechos
- ◆ Revisa la lista de evaluadores
- ◆ Obtiene información del seguro/Medicaid
- ◆ Obtiene otras informaciones pertinentes



COORDINADOR



### 3. Evaluación

*(con el consentimiento del padre o la madre)*

- ◆ Determinar la elegibilidad
- ◆ Evaluación opcional de la familia
- ◆ Recopilar información para el IFSP
- ◆ Resumen e informe presentados antes del IFSP



EVALUACIÓN

### 4. Reunión del IFSP

*(si el niño reúne los requisitos)*

- ◆ La familia identifica los resultados deseados
- ◆ Se especifican los servicios de intervención temprana
- ◆ Se desarrolla un plan por escrito
- ◆ La familia y el EIO acuerdan el IFSP
- ◆ Se identifica al Coordinador de Servicios Continuos

*Puede acceder a los procedimientos de debido proceso*

## 6. Transición

- ◆ Plan de transición incluido en el IFSP
- ◆ Transición a:
  - servicios conforme al artículo 4410 de la Ley de Educación (sistema 3-5)

U

- otros servicios para la primera infancia, según sea necesario

### Áreas de desarrollo

- ◆ cognitivo
- ◆ físico (incluidas la vista y la audición)
- ◆ comunicación
- ◆ social/emocional
- ◆ desarrollo adaptativo



## 5. IFSP - Revisar cada seis meses/evaluar anualmente

- ◆ Se decide si continuar, agregar, modificar o eliminar resultados, estrategias o servicios
- ◆ A pedido de los padres, la revisión puede hacerse antes:
  - Si los padres solicitan el aumento de los servicios, el EIO puede pedir una evaluación independiente



REVISIÓN A FUTURO

### Servicios de intervención temprana

- ◆ dispositivos y servicios de tecnología asistencial
- ◆ audiología
- ◆ capacitación familiar, asesoría, visitas a domicilio y grupos de apoyo para los padres
- ◆ servicios médicos solamente con fines de diagnóstico o evaluación
- ◆ servicios de enfermería
- ◆ servicios de nutrición
- ◆ terapia ocupacional
- ◆ fisioterapia
- ◆ servicios psicológicos
- ◆ coordinación de servicios
- ◆ servicios de trabajo social
- ◆ educación especial
- ◆ patología del lenguaje y del habla
- ◆ servicios oftalmológicos
- ◆ servicios de salud
- ◆ costos de transporte y relacionados

*Es necesario el consentimiento de los padres/tutores para la evaluación, el IFSP, la provisión de servicios del IFSP y la transición.*

Revisado el 12/04

REUNIÓN  
DEL

**IFSP**



## **C-2 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA: DESCRIPCIÓN**

El Programa de Intervención Temprana es un programa para todo el estado que proporciona muchos tipos de servicios de intervención temprana diferentes a bebés y niños pequeños con discapacidades y a sus familias. En el Estado de Nueva York, el Departamento de Salud es la principal agencia estatal responsable por el Programa de Intervención Temprana.

Los servicios de intervención temprana pueden ayudar a que las familias:

- ◆ Aprendan las mejores maneras de cuidar a su niño
- ◆ Apoyen y promuevan el desarrollo de su niño
- ◆ Incluyan a su niño en la vida familiar y de la comunidad

Los servicios de intervención temprana pueden prestarse en cualquier parte de la comunidad, como:

- ◆ El hogar del niño
- ◆ Una guardería infantil o guardería en el hogar
- ◆ Centros recreativos, grupos de juego, patios de recreo, bibliotecas o cualquier lugar al que padres e hijos acuden en busca de diversión y apoyo.
- ◆ Programas y centros para la primera infancia.

Los padres contribuyen a decidir:

- ◆ Cuáles son los servicios de intervención temprana apropiados para su hijo y su familia.
- ◆ Los resultados de la intervención temprana que son importantes para su hijo y su familia.
- ◆ Cuándo y dónde recibirán el niño y su familia los servicios de intervención temprana.
- ◆ Quién prestará los servicios al niño y a su familia.

## **Funcionarios de Intervención Temprana (EIO)**

En el estado de Nueva York, la ley de salud pública exige que todos los condados y la ciudad de Nueva York designen a un funcionario público como su funcionario de intervención temprana.

El EIO es la persona responsable en el condado de:

- ◆ Encontrar a niños que califiquen.
- ◆ Comprobar que los niños que cumplen con los requisitos reciban una evaluación multidisciplinaria.
- ◆ Designar a un coordinador de servicios iniciales para ayudar a las familias con la evaluación multidisciplinaria y el Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP) del niño.
- ◆ Comprobar que los niños y sus familias reciban los servicios de intervención temprana incluidos en sus IFSP.
- ◆ Proteger los derechos del niño y de su familia según el Programa

El EIO es el “punto único de entrada” al Programa para los niños. Esto significa que todos los niños menores de tres años que pueden necesitar servicios de intervención temprana deben derivarse al EIO. En la práctica, el área de intervención temprana tiene personal asignado para recibir derivaciones de niños.

Los padres suelen ser los primeros en darse cuenta de un problema. Los padres pueden derivar a sus propios niños al Funcionario de Intervención Temprana (véase el paso 1 de los pasos de intervención temprana). A veces, otra persona será la primera en plantear una inquietud acerca del desarrollo de un niño. La ley de salud pública del estado de Nueva York exige a ciertos profesionales (fuentes de derivación principales) que deriven a los bebés y niños pequeños al funcionario de intervención temprana si se sospecha que existe un problema con el desarrollo. Sin embargo, ningún profesional puede derivar a un niño al EIO si el padre o madre del niño rechazan la recomendación.

## **Coordinadores de servicios**

Existen dos tipos de coordinadores de servicios en el Estado de Nueva York: un coordinador de servicios iniciales y un coordinador de servicios continuos. El coordinador de servicios iniciales es asignado por el Funcionario de Intervención Temprana. El coordinador de servicios iniciales ayuda con todos los pasos necesarios para obtener servicios, desde la evaluación multidisciplinaria del niño al primer Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP por sus siglas en inglés).

Como parte del primer IFSP, se pide a los padres que seleccionen un coordinador de servicios continuos. El trabajo principal del coordinador de servicios continuos es asegurarse de que el niño y su familia obtengan los servicios indicados en el IFSP. El coordinador de servicios continuos también ayudará a cambiar el IFSP cuando sea necesario y comprobará que el IFSP sea revisado en forma regular. Los padres pueden optar por mantener al coordinador de servicios iniciales o bien pueden escoger a otra persona como coordinador de servicios continuos.

## **Elegibilidad**

Los niños pueden participar en el Programa de Intervención Temprana si tienen menos de tres años de edad Y tienen una discapacidad O retraso en el desarrollo. Una discapacidad significa que un niño padece una afección física o mental diagnosticada que a menudo resulta en problemas del desarrollo (como síndrome de Down, autismo, parálisis cerebral, deterioro visual o pérdida auditiva).

Un retraso en el desarrollo significa que un niño está retrasado en al menos un área del desarrollo, entre ellas:

- ◆ Desarrollo físico (crecimiento, motricidad gruesa y fina)
- ◆ Desarrollo cognitivo (aprendizaje y pensamiento)
- ◆ Comunicación (comprensión y uso de palabras)
- ◆ Desarrollo socioemocional (relacionarse con los demás)
- ◆ Desarrollo adaptativo (habilidades de autoayuda como alimentarse)

No es necesario que un niño sea ciudadano estadounidense para ser elegible para los servicios. Además, no hay ningún "examen" de ingresos para el Programa. Para participar en el Programa de Intervención Temprana, el niño y su familia deben ser residentes del Estado de Nueva York.

## **¿Cómo se decide la elegibilidad?**

Todos los niños derivados al funcionario de intervención temprana tienen derecho a una evaluación multidisciplinaria gratuita para determinar si cumplen con los requisitos para los servicios. La evaluación multidisciplinaria también ayuda a que los padres comprendan mejor los puntos fuertes y las necesidades del niño y de qué manera puede ayudar la intervención temprana. Un niño derivado a causa de una afección diagnosticada que a menudo resulta en un retraso del desarrollo, como la parálisis cerebral, siempre será elegible para los servicios de intervención temprana. Si un niño tiene un trastorno diagnosticado, aun así deberá someterse a una evaluación multidisciplinaria que ayude a planificar los servicios. Si un niño tiene un retraso en el desarrollo y no se le ha diagnosticado ninguna afección, la evaluación multidisciplinaria debe averiguar si el niño cumple los requisitos para el Programa. El desarrollo del niño se medirá según la "definición de retraso en el desarrollo" establecida por el Estado de Nueva York.

## **Servicios**

El Programa de Intervención Temprana ofrece muchos tipos de servicios. Los servicios de intervención temprana:

- ◆ Están orientados a satisfacer las necesidades de desarrollo de los niños y ayudar a los padres a cuidar a sus niños.
- ◆ Se incluyen en un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP) acordado por el padre o la madre y el funcionario de intervención temprana.

Los servicios de intervención temprana incluyen:

- ◆ Dispositivos y servicios de tecnología asistencial
- ◆ Audiología
- ◆ Capacitación familiar, asesoría, visitas a domicilio y grupos de apoyo para los padres
- ◆ Servicios médicos solamente para fines de diagnóstico o evaluación
- ◆ Servicios de enfermería
- ◆ Servicios de nutrición
- ◆ Terapia ocupacional
- ◆ Fisioterapia
- ◆ Servicios psicológicos
- ◆ Servicios de coordinación de servicios
- ◆ Servicios de trabajo social
- ◆ Educación especial
- ◆ Patología del lenguaje y el habla
- ◆ Servicios oftalmológicos
- ◆ Servicios de salud necesarios para que los niños se beneficien de otros servicios de intervención temprana
- ◆ Transporte hacia y desde los servicios de intervención temprana

### **Provisión de servicios**

Solamente los profesionales calificados, es decir, individuos certificados legalmente o registrados en su disciplina y aprobados por el Estado de Nueva York pueden proporcionar servicios de intervención temprana. Todos los servicios se pueden proporcionar utilizando cualquiera de los siguientes modelos de servicio:

- ◆ Visitas al hogar y a sitios de la comunidad. En este modelo, los servicios se prestan a un niño o padre, madre u otro familiar o persona a cargo en su hogar o en la comunidad (como la casa de un familiar, guardería, guardería en el hogar, grupo de juego, hora del cuento en la biblioteca, u otros sitios adonde los padres van con sus hijos).
- ◆ Visitas en un establecimiento o centro. En este modelo, los servicios se prestan a un niño o padre, madre u otro familiar o persona a cargo en el lugar de trabajo del prestador del servicio (por ejemplo consulta, hospital, clínica o centro de intervención temprana).
- ◆ Grupos de padres e hijos. En este modelo, padres e hijos reciben juntos los servicios en un grupo liderado por un prestador de servicios. Un grupo de padres e hijos puede tener lugar en cualquier sitio de la comunidad.
- ◆ Grupos de apoyo a la familia. En este modelo, los padres, abuelos, hermanos u otros parientes del niño se reúnen en un grupo liderado por un prestador de servicios para obtener ayuda y apoyo y para compartir información y preocupaciones.
- ◆ Intervención de desarrollo grupal. En este modelo, los niños reciben los servicios en un entorno grupal liderado por uno o más prestadores de servicios, sin la presencia de los padres o personas a cargo. Un grupo significa dos o más niños elegibles para los servicios de intervención temprana. El grupo puede incluir niños sin discapacidades y puede tener lugar en cualquier sitio de la comunidad.

**Reembolso**

Todos los servicios son gratuitos para las familias. El programa evalúa el uso de Medicaid y de seguros comerciales de terceros cuando las pólizas de los padres están reguladas por el estado. Los fondos del condado y del estado cubren los costos de los servicios no cubiertos por otros contribuyentes. Para obtener más información sobre las leyes y regulaciones del Estado de Nueva York correspondientes a los servicios de intervención temprana, póngase en contacto con la Oficina de Intervención Temprana.

**New York State Department of Health  
Bureau of Early Intervention**

Corning Tower, Room 287  
Albany, NY 12237-0660

(518) 473-7016

**[http://www.health.ny.gov/community/infants\\_children/  
early\\_intervention/](http://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/)**

**[bei@health.state.ny.us](mailto:bei@health.state.ny.us)**



## C-3 DEFINICIONES OFICIALES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Estas definiciones han sido tomadas del Código de Reglas y Regulaciones del Estado de Nueva York, párrafo 69-4.1 y párrafo 69-4.10. Para ver un conjunto completo de las regulaciones que rigen el Programa de Intervención Temprana, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, Oficina de Intervención Temprana, al (518) 473-7016, o visite la página Web de la Oficina:

[http://www.health.ny.gov/community/infants\\_children/early\\_intervention/index.htm](http://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm)

### *Sec. 69-4.10 Opciones de modelos de servicios*

- (a) El Departamento de Salud, las agencias estatales de servicios de intervención temprana y el personal de intervención temprana harán esfuerzos razonables por garantizar que toda la gama de opciones de servicio de intervención temprana esté disponible para niños que cumplan con los requisitos y sus familias.
- (1) Los siguientes modelos de prestación de servicios de intervención temprana deberán estar disponibles:
- (i) visitas a la persona/familia en el hogar y la comunidad: la prestación por parte de personal calificado apropiado de servicios de intervención temprana al niño o padre, madre u otra persona a cargo designada en el hogar del niño o en cualquier otro entorno natural en el que por lo general se encuentran niños menores de tres años (como guarderías y guarderías en el hogar);
  - (ii) visitas a la persona/familia en un establecimiento: la prestación por parte de personal calificado apropiado de servicios de intervención temprana al niño o padre, madre u otra persona a cargo designada en el sitio del proveedor de intervención temprana aprobado;
  - (iii) grupos de padres e hijos: un grupo formado por padres o personas a cargo, niños y por lo menos un proveedor calificado apropiado de servicios de intervención temprana en el sitio del proveedor de intervención temprana o en un sitio de la comunidad (como guardería, guardería en el hogar u otro entorno comunitario);

- (iv) intervención de desarrollo grupal: la prestación de servicios de intervención temprana por parte de personal calificado apropiado a un grupo de niños que cumplen con los requisitos en el sitio del proveedor de la intervención temprana aprobado o en un entorno comunitario donde por lo general se encuentran niños menores de tres años (este grupo también puede incluir niños sin discapacidades); y
- (v) grupo de apoyo a la familia o personas a cargo: la prestación de servicios de intervención temprana a un grupo de padres, personas a cargo (padres de crianza, personal de la guardería, etc.) o hermanos de los niños que cumplen con los requisitos a fin de:
  - (a) mejorar su habilidad de cuidar o mejorar el desarrollo del niño que califica; y
  - (b) proveer apoyo, educación, y orientación a esas personas con respecto a las necesidades particulares de desarrollo del niño.

#### **Sec. 69-4.1 Definiciones**

- (b) *Evaluación* significa los procedimientos continuos utilizados para identificar:
  - (1) las necesidades y puntos fuertes particulares del niño y los servicios destinados a satisfacer esas necesidades; y
  - (2) los recursos, prioridades e inquietudes de la familia y los apoyos y servicios necesarios para mejorar la capacidad de la familia de satisfacer las necesidades de desarrollo de su bebé o niño pequeño discapacitado.
- (g) *Retraso en el desarrollo* significa que un niño aún no ha alcanzado los hitos de desarrollo esperados para la edad cronológica ajustada en caso de premadurez del niño en una o más de las siguientes áreas de desarrollo: cognitivo, físico (incluyendo la vista y la audición), comunicación, socioemocional o adaptativo.
  - (1) Para los propósitos del Programa de Intervención Temprana, un retraso en el desarrollo es uno que ha sido medido por personal calificado utilizando una opinión clínica informada, los procedimientos de diagnóstico apropiados o instrumentos y que se documenta como:

- (i) un retraso de doce meses en un área funcional; o
  - (ii) un retraso de 33% en un área funcional o un retraso de 25% en cada una de dos áreas; o
  - (iii) si los instrumentos estandarizados apropiados se administran individualmente en el proceso de evaluación, una calificación de por lo menos 2.0 desviaciones estándar por debajo de la media en un área funcional o una calificación de por lo menos 1.5 desviación estándar por debajo de la media en cada una de dos áreas funcionales.
- (ag) *Padres* significa el padre o la madre por nacimiento o adopción, o una persona en relación de paternidad con respecto al niño. Con respecto a un niño que se encuentra bajo la tutela del estado o a un niño que no se encuentra bajo la tutela del estado pero cuyos padres por nacimiento o adopción son desconocidos o no están disponibles y si el niño no tiene ninguna persona en relación de paternidad, el término "padre o madre" quiere decir una persona que ha sido designada como padre o madre sustituto para el niño de acuerdo con la Sección 69-4.16 de este subapartado. Este término no incluye al estado si el niño se encuentra bajo la tutela del estado.
- (aj) *Personal calificado* son aquellas personas que están aprobadas según exige este subapartado para prestar servicios a los niños que cumplen con los requisitos, en la medida autorizada por su acreditación, certificación o registro y que tienen la apropiada acreditación, certificación o registro en el área en que están prestando los servicios, lo que incluye:
- (1) audiólogos;
  - (2) asistentes certificados de terapia ocupacional;
  - (3) auxiliares de enfermería matriculados; enfermeros matriculados y practicantes de enfermería;
  - (4) especialistas certificados en visión deficiente;
  - (5) terapeutas ocupacionales;
  - (6) especialistas de orientación y movilidad;
  - (7) fisioterapeutas;
  - (8) auxiliares de fisioterapia;
  - (9) pediatras y otros médicos;
  - (10) asistentes profesionales de médicos (physician assistants);

- (11) psicólogos;
  - (12) nutricionistas registrados;
  - (13) psicólogos escolares;
  - (14) trabajadores sociales;
  - (15) maestros de educación especial;
  - (16) patólogos y audiólogos del habla y el lenguaje;
  - (17) maestros de personas ciegas y con visión deficiente;
  - (18) maestros de personas sordas y con discapacidad auditiva;
  - (19) maestros del habla y de personas con discapacidad auditiva;
  - (20) otras categorías de personal que indique el Comisionado.
- (a1) *Detección* significa un proceso que involucra aquellos instrumentos, procedimientos, información y observaciones de la familia y observaciones clínicas usados por un evaluador aprobado para evaluar el estado de desarrollo de un niño a fin de indicar qué tipo de evaluación, de haberla, se justifica.

---

## **C-4 NÚMEROS DE TELÉFONO DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA MUNICIPALES**

---

Visite nuestra página Web para obtener actualizaciones en [http://www.health.ny.gov/community/infants\\_children/early\\_intervention/](http://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/)



## **ANEXO D**

### **OTROS RECURSOS**



---

**OTROS RECURSOS**


---

**American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)**  
 2200 Research Boulevard  
 Rockville, MD 20850

Línea de información:  
 1-888-321-ASHA  
 Centro de Acción:  
 1-800-498-2071 – miembros  
 1-800-638-8255 – no miembros  
 Fax: 1-301-296-8580

Sitio web: <http://www.asha.org/>

---

**National Dissemination Center For Children with Disabilities (NICHCY)**  
 PO Box 1492  
 Washington, D.C. 20013-1492

1-800-695-0285  
 Fax: 1-202-884-8441

Sitio web: <http://www.nichcy.org>

---

**The Parent Network of WNY**  
 1000 Main Street  
 Buffalo, NY 14202

1-866-277-4762  
 1-716-332-4170  
 Fax: 1-716-332-4171

Sitio web: <http://www.parentnetworkwny.org>

---

**Parent to Parent Network of New York State**  
 500 Balltown Road  
 Schenectady, NY 12304

1-800-305-8817  
 1-518-381-4350  
 Fax: 1-518-393-9607

Sitio web: <http://www.parenttoparentnys.org>

---



---

NOTA: La inclusión de estas organizaciones no implica su respaldo por parte del panel de normas o del NYSDOH. El panel de normas no ha revisado específicamente ni los libros ni la información proporcionada por estas organizaciones.

---



## **ÍNDICE TEMÁTICO**



## ÍNDICE TEMÁTICO

Comunicación	
definiciones .....	9
desarrollo típico .....	10
Comunicación aumentativa .....	42, 64
Consideraciones culturales .....	15, 50
Definiciones de términos de normas .....	5
Desarrollo de comunicación .....	10
factores de riesgo para trastornos de la comunicación .....	16
Desarrollo de la comunicación	
hitos de lenguaje .....	18, 20
Ejemplos de lenguajes naturales .....	39
Enfoque de intervención naturalista .....	57
Escala de hitos auditivos de lingüística clínica (CLAMS) .....	35
Escala de hitos de lenguaje temprano (ELM) .....	35
Estudio de desarrollo del lenguaje (LDS) .....	34
Evaluación de los trastornos de la comunicación .....	14
Evaluación de trastornos de la comunicación .....	37
Evaluación del desarrollo .....	40
Evaluación detallada .....	37
Factores de riesgo para trastornos de la comunicación .....	16
hitos de lenguaje .....	18
hitos del lenguaje .....	20
identificación temprana .....	16
Impedimento específico de lenguaje (SLI) .....	12, 45
Indicios clínicos para trastornos de la comunicación .....	16
Inquietudes de los padres .....	19
Intervención .....	48
capacitación de los padres .....	56
cómo evaluar una técnica de intervención .....	59
cómo seleccionar una técnica o enfoque .....	59
consideraciones culturales .....	50
directiva .....	57
naturalista .....	57
participación de los padres .....	49
participación profesional .....	50
terapia grupal .....	54

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

terapia individual .....	53
Inventarios de desarrollo de la comunicación de MacArthur (CDI).....	34
Métodos de intervención directiva .....	57
Participación del profesional en la intervención .....	50
Problemas de alimentación .....	42, 63
Problemas motores orales y de alimentación .....	42, 63
Programas de capacitación de los padres .....	56
Pruebas de detección .....	32
Respuesta auditiva a nivel del tallo cerebral (ABR) .....	41
Retraso específico de lenguaje expresivo (SELD) .....	45
Retraso/trastornos de la comunicación	
consideraciones culturales .....	15, 50
definición.....	3
hitos de lenguaje .....	18
hitos del lenguaje .....	20
identificación temprana .....	16
indicios clínicos .....	18, 20
información general .....	9–13
vigilancia del desarrollo .....	28
vigilancia del desarrollo mejorada.....	28
Retraso/trastornos de lenguaje	
vigilancia del desarrollo .....	28
Retraso/trastornos del lenguaje .....	12
Retrasos/trastornos del desarrollo, y problemas del habla/lenguaje .....	44, 61
Terapia de habla/lenguaje	
directiva .....	57
naturalista .....	57
niños con retrasos del desarrollo.....	61
terapia grupal.....	54
terapia individual .....	53
Terapia de habla/lenguaje en grupo .....	52, 54
Terapia del habla y el lenguaje.....	43
consideraciones para comenzar.....	43
niños con retrasos del desarrollo.....	44
niños sin otros problemas de desarrollo .....	45
Terapia individual de habla/lenguaje .....	52, 53
Trastornos de audición .....	12, 27
evaluación.....	41
intervención.....	63
Trastornos del habla .....	12

Versiones de normas .....	8
Vigilancia del desarrollo .....	26
mejorada .....	28
rutina .....	26
Vigilancia mejorada del desarrollo .....	28

## VERSIONES DE LAS NORMAS

El Departamento de Salud ha publicado tres versiones de cada una de las normas de práctica clínica. Todas las versiones de las normas incluyen las mismas recomendaciones básicas específicas para los métodos de evaluación e intervención analizados por el panel de normas, pero con diferentes niveles de detalle que describen los métodos y las pruebas que respaldan las recomendaciones.

Las tres versiones son:

Normas de práctica clínica:

### *Report of the Recommendations*

- ◆ Informe de recomendaciones
- ◆ información general
- ◆ resumen de las pruebas de apoyo

### *Guía rápida de consulta*

- ◆ resumen de las principales recomendaciones
- ◆ resumen de la información general

### *The Guideline Technical Report*

- ◆ texto completo de todas las recomendaciones
- ◆ información general
- ◆ informe completo del proceso de investigación y las pruebas revisadas.

## **Para más información contactarse con el:**

New York State Department of Health  
Early Intervention Program  
Corning Tower Building, Room 287  
Albany, New York 12237-0681

(518) 473-7016

<http://www.health.ny.gov/nysdoh/eip/index.htm>  
[eip@health.state.ny.us](mailto:eip@health.state.ny.us)

SECOND PRINTING