

# Hacia un Modelo Holístico de la Telepráctica Fonoaudiológica Pediátrica

Mónica Cardona-V

Doctora en Fonoaudiología, Universidad del Museo Social Argentino. Chillán (Chile). E-mail: mcardona@ubiobio.cl

Patricia Vázquez Fernández

Doctora en Fonoaudiología, Laboratorio de Investigaciones Fonoaudiológicas (UMSA), Universidad del Museo Social Argentino. Av. Corrientes 1723, CABA, Buenos Aires, Argentina. E-mail: patricia.vazquez.fernandez@umsa.edu.ar

Paula Lorena Merlino

**Autor de correspondencia:** Licenciada en Fonoaudiología, Programa de Intervención Temprana de Nueva York, USA. Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-6098-8965> email: paulamerlinodslp@gmail.com

Fecha de recepción: 30 de noviembre de 2025 | Fecha de aprobación: 9 de marzo de 2026.

## Resumen

Los programas de intervención temprana en la pandemia, se vieron obligados al uso de la telepráctica para facilitar un acceso a la salud más equitativo e inclusivo. **Objetivo:** Conocer en profundidad la experiencia de una madre en las terapias fonoaudiológicas impartidas mediante telepráctica, con el fin de enriquecer los modelos de intervención profesional con la perspectiva parental. **Métodos:** Se empleó un diseño de estudio de caso cualitativo desde el enfoque de la Teoría Fundamentada. El análisis buscó activamente identificar dimensiones nuevas y trascendentes para una comprensión profunda de la experiencia de los padres. Resultados: La telepráctica confirmó su efectividad, pero reveló tres dimensiones críticas emergentes: 1) Resignificación del Rol Parental, 2) Ajustes e Impacto Ecológico en el Hogar, y 3) Dimensión Socio-Comunitaria. **Discusión:** Estos hallazgos desafían la concepción de la telepráctica como una mera alternativa de emergencia, demostrando que su capacidad para transformar al cuidador genera un impacto ecológico en el hogar y actúa como un efecto multiplicador en la red de apoyo de otros cuidadores. **Conclusión:** La telepráctica puede ser un catalizador para el cambio de paradigma en la Atención Temprana. Sin embargo, requiere que los profesionales formalicen estas dimensiones emergentes para lograr una práctica más equitativa, efectiva e integral enfocada en las necesidades específicas de cada niño y su familia.

**Palabras clave:** intervención temprana, telesalud, fonoaudiología, investigación cualitativa, teoría fundamentada, estudio de caso

## Abstract

### Towards a Holistic Model of Pediatric Speech-Language Pathology Telepractice

Early intervention programs in the pandemic were forced to use telepractice to facilitate more equitable and inclusive access to health. **Objective:** To know in depth the experience of a mother participating in speech language therapy provided via telepractice, in order to enrich the professional intervention models with the parental perspective. **Methods:** A qualitative case study design was used from the approach of the Grounded Theory. The analysis actively sought to identify new and transcendent dimensions for a deep understanding of the parents' experience. **Results:** Telepractice confirmed its effectiveness, but revealed three emerging critical dimensions: 1) Resignification of the Parental Role, 2) Home's Ecological Impact & Adjustments, and 3) Socio-Community Dimension. **Discussion:** These findings challenge the conception of telepractice as a mere emergency alternative, demonstrating that its ability to transform the caregiver generates an ecological impact in the home and acts as a multiplier effect on the supporting network of other caregivers. **Conclusion:** Telepractice can be a catalyst for the paradigm shift in Early Care. However, it requires professionals to formalize these emerging dimensions to achieve a more equitable, effective and comprehensive practice focused on the specific needs of each child and their family.

**Key-words:** early intervention, telehealth, speech-language pathology, qualitative research, grounded theory, case study.

## Resumo

### Rumo a um Modelo Holístico de Teleprática em Fonoaudiologia Pediátrica

Os programas de intervenção precoce na pandemia foram obrigados a usar a teleprática para facilitar um acesso mais equitativo e inclusivo à saúde. **Objetivo:** Conhecer em profundidade a experiência de uma mãe nas terapias fonoaudiológicas ministradas por meio de teleprática, a fim de enriquecer os modelos de intervenção profissional com a perspectiva parental. **Métodos:** Foi empregado um desenho de estudo de caso qualitativo a partir da abordagem da Teoria Fundamentada. A análise procurou ativamente identificar dimensões novas e transcendentais para uma compreensão profunda da experiência dos pais. **Resultados:** A teleprática confirmou sua eficácia, mas revelou três dimensões críticas emergentes: 1) Ressignificação do Papel Parental, 2) Ajustes e Impacto Ecológico no Lar, e 3) Dimensão Sociocomunitária. **Discussão:** Esses achados desafiam a concepção da teleprática como uma mera alternativa de emergência, demonstrando que sua capacidade de transformar o cuidador gera um impacto ecológico no lar e atua como um efeito multiplicador na rede de apoio de outros cuidadores. **Conclusão:** A teleprática pode ser um catalisador para a mudança de paradigma na Atenção Precoce. No entanto, requer que os profissionais formalizem essas dimensões emergentes para alcançar uma prática mais equitativa, eficaz e abrangente focada nas necessidades específicas de cada criança e sua família.

**Palavras-chave:** intervenção precoce, telessaúde, fonoaudiologia, qualitativa, teoria fundamentada, relatos de casos

## INTRODUCTION

La Atención Temprana (AT) se define como “el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a sus familias y a su entorno<sup>1</sup>. La intervención temprana es el “proceso de prestación de servicios y apoyo a bebés, niños pequeños y sus familias cuando un niño tiene, o corre el riesgo de tener, un retraso en el desarrollo, una discapacidad o un problema de salud que puede afectar a su desarrollo y aprendizaje típicos<sup>1</sup>”. Su objetivo es “atenuar los efectos de una discapacidad o retraso abordando las necesidades identificadas de los niños pequeños en cinco áreas de desarrollo: cognitivo, de la comunicación, físico, -incluidos la vista y el oído-, social o emocional y adaptativo<sup>1</sup>”.

En EEUU, el programa de intervención temprana de Nueva York está dirigido a niños - desde el nacimiento hasta los tres años-, con discapacidades, o una afección física o mental diagnosticada que tenga una alta probabilidad de provocar un retraso en el desarrollo, incluidos los que padezcan trastornos congénitos y/o del desarrollo; y sus familias o cuidadores. El modelo actual de AT es un modelo centrado en la familia, ecológico naturalista, y tiene tres características principales: cambiar el concepto de poder sobre las familias al de poder con las familias; se abandona el modelo basado en patologías y se adopta un modelo basado en fortalezas; y la familia en su totalidad se convierte en la unidad de apoyo; ya no son solo el niño y la madre, orientado a proporcionar apoyos para que los adultos significativos para el niño, puedan ejercer sus funciones parentales sin que ello implique merma de su libertad para elegir y participar en la vida educativa, laboral o comunitaria. La expresión de la satisfacción de las familias es básica para establecer una “cultura de calidad”.

En 2020, la pandemia por SARS-CoV-2 representó una oportunidad en los programas de intervención temprana, para desplegar y consolidar prácticas de salud que facilitaran un acceso más equitativo e inclusivo<sup>1</sup>, haciendo esto posible a través de la telepráctica, en consonancia y solidaridad con los modelos de intervención clínica centrados en la familia<sup>1,2,3,4,5,6</sup>. En este contexto de adaptación global y considerando la vulnerabilidad específica de la población infantil en riesgo para quienes la accesibilidad y la continuidad del servicio son fundamentales para su desarrollo, la AT se posicionó en este escenario de transformación digital como una intervención crucial.

En 2001, la Asociación Americana de Habla y Audición (ASHA) reconoció por primera vez a la telepráctica y en 2005 la definió como “un modelo apropiado de servicios a distancia para los

profesionales dedicados a la audición, habla y lenguaje, al proveer un enlace entre el profesional clínico y el paciente o entre profesionales clínicos para evaluación, intervención o consulta”. En su Código de Ética del año 2023<sup>11</sup>, determinó que su uso debe resultar equivalente a la calidad de los servicios prestados en forma presencial y en plena adherencia a su código de ética profesional. Asimismo, la OMS identifica elementos esenciales que la telepráctica debe incluir: “proporcionar algún tipo de apoyo o soporte clínico, superar la barrera de proximidad, utilizar algún tipo de tecnología de la información y la comunicación, y proveerse en beneficio general del paciente”, considerando su propósito de “posibilitar el acceso equitativo o igualitario de las personas necesitadas de la atención sanitaria, recibiendo la prestación de estos servicios a distancia<sup>12</sup>”. Sin embargo, la implementación efectiva de la telepráctica enfrenta desafíos significativos y exige ponderar ajustes y adaptaciones específicas, cuyo debate aún continúa<sup>13</sup>. Si bien existe evidencia de satisfacción, persiste una “escasez de investigación objetiva en niños de 0 a 3 años<sup>14,15</sup>” lo que demanda la integración de las experiencias de padres y cuidadores considerando que “comprender las perspectivas de los usuarios es crucial para la adopción y eficacia de la telemedicina<sup>16</sup>”. Paralelamente, exige un conocimiento profundo de las posibilidades y desafíos inherentes a las telecomunicaciones para el profesional, el usuario y los organismos de salud<sup>17,18,19</sup>.

El objetivo de este estudio es “conocer la experiencia de una madre de familia en las terapias fonoaudiológicas impartidas mediante telepráctica, con el fin de enriquecer los modelos de intervención profesional con la perspectiva parental, mediante un estudio de caso”. La consideración de las representaciones y significancias que los padres atribuyen a la telepráctica sincrónica en las terapias fonoaudiológicas compartidas con sus hijos en programa de intervención temprana, puede hacer posible la creación de modelos de intervención más sensibles a contextos diversos promoviendo una atención sanitaria equitativa, oportuna y culturalmente pertinente.

## METHODOLGY

### Diseño del estudio

Este estudio está diseñado desde la metodología cualitativa con el enfoque de la teoría fundamentada y surge de un trabajo de investigación de tesis doctoral aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Museo Social Argentino (Argentina) que tiene

como pregunta: ¿Cuáles son las representaciones y significancias que los padres atribuyen a la telepráctica sincrónica en las terapias de habla y lenguaje de sus hijos en programa de intervención temprana?

### Referencial teórico

Para el diseño de la telepráctica pediátrica y como eje de indagación en las entrevistas, se utilizó el acrónimo VIRTUAL (Camden y Silva, 2021), que plantea una consideración inicial exhaustiva de las variables que aseguran una prestación efectiva y ética.

**Ver:** *¿Qué puedo observar?*

**Información:** *¿Qué información necesitan las familias?*

**Relaciones:** *¿Cómo puedo establecer relaciones y convertirme en un entrenador para esta familia?*

**Tecnología:** *¿Estoy preparado para hacer uso de la tecnología correctamente?*

**Única:** *¿Cuáles son las necesidades específicas de esta familia y cómo es su contexto?*

**Acceso:** *¿Cómo puedo garantizar que los servicios a través de la Telepráctica sean accesibles para todos?*

**Legales:** *¿He tenido en cuenta todos los aspectos legales (ej: la confidencialidad, privacidad, protección) y los aspectos organizativos?*

Plantearse como profesional, estas preguntas permite hacer posible una prestación efectiva destacando la importancia de la colaboración, la adaptación, el coaching/entrenamiento y el uso estratégico de las telecomunicaciones. En el programa de intervención temprana de Nueva York, el proceso de admisión incluyó una Checklist para el Uso de Telesalud en la Guía de Implementación de la Telepráctica<sup>12</sup>, que revisaba la conectividad (WIFI), la presencia y manejo de dispositivos electrónicos para el acceso a plataformas autorizadas por HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico), las habilidades digitales, la presencia del adulto referente del niño, la privacidad y confidencialidad del lugar adonde se realizarían las terapias, y la firma del consentimiento informado, buscando determinar las posibilidades de acceso y participación. Sin embargo, aunque la telepráctica pediátrica ha tenido su marco de referencia y su guía de implementación, es posible que la práctica profesional requiera algunos ajustes al considerar la perspectiva de los padres, aspectos que esta investigación busca explorar, conocer y describir. Escuchar la voz de los padres es fundamental porque, como describe Vilorio<sup>20</sup>, para un niño sus padres son su hábitat, su mundo, le prestan su

psiquismo...", lo que convierte a la perspectiva parental en un factor clave para la calidad de la intervención. Entrevistas

La invitación a la entrevista se realizó mediante redes sociales, mensajes de texto y correos electrónicos, dirigida a padres que participaron en telepráctica fonoaudiológica durante al menos 3 meses (2020-2025). La participación fue voluntaria y constó de una entrevista por Zoom® y un cuestionario sociodemográfico (GoogleForm®).

### Datos sociodemográficos

El programa de intervención temprana es universalmente gratuito. La elegibilidad no depende del ingreso socioeconómico de las familias. Un análisis demográfico del uso de la telesalud en la intervención temprana en los cinco distritos de Nueva York (2020-2024) muestra un "mayor uso entre las familias de los niños residentes en el Bronx (84%), Manhattan (83%) y Staten Island (81%) en comparación con Queens (78%) y Brooklyn (73%). La teleterapia también se utilizó con más frecuencia entre los niños latinos (82%) y negros (82%) en comparación con los niños asiáticos (75%) y blancos (75%)<sup>21</sup>". La madre entrevistada es residente del Bronx (NY, EEUU), de 25-34 años, casada, hablante nativa del Español, nacida en República Dominicana, con estudios de Licenciatura y ama de casa.

## RESULTS

Para el análisis e interpretación de la entrevista realizada a finales de Julio de 2025, se utilizó el software Atlas.ti® (v. 25.0.33023) empleando una estrategia de codificación basada en la teoría fundamentada. Este enfoque permitió categorizar las representaciones de la madre sobre la telepráctica, enriqueciendo los ejes iniciales del marco VIRTUAL (Camden y Silva, 2021) con aportes emergentes desde la perspectiva parental.

### V (Viewing): Observación y Valoración del Contexto Familiar

La telepráctica permitió al terapeuta una observación holística del niño en su entorno funcional cotidiano. Este acceso directo al hogar potenció la visualización de las rutinas cotidianas, superando barreras geográficas y facilitando la creación de una rutina de encuentro y un espacio designado para las terapias. La madre destacó que este enfoque permitió al terapeuta obtener una visión directa del entorno natural del niño y promovió la interacción y la sincronización neural madre-hijo: "ya teníamos una rutina... y lo

hacíamos ahí juntos". "Era bueno porque a medida que mi hijo iba jugando, yo iba aprendiendo mucho". Las herramientas proporcionadas fueron prácticas para la aplicación continua: "Muchas herramientas que nos ayudaban no solo durante la terapia, pero también durante toda la semana con el niño".

### **I (Information): Información e Involucramiento de la Familia**

Un hallazgo central fue la transformación del rol parental. La madre percibió que la intervención la empoderaba directamente, describiendo que "la terapia era más para mí que para el niño". Su rol se resignificó de "observador pasivo a un participante activo", internalizando su implicación no como obligación, sino como un deber y responsabilidad inherente a su rol de cuidadora principal como madre. Este empoderamiento se sostuvo por el acceso al conocimiento y la capacitación en estrategias. Su participación fue proactiva, recopilando información de las acciones de su hijo para buscar orientación, lo que forjó un vínculo cercano de confianza con el terapeuta como guía y educador.

### **R (Relationships): Relaciones y Vínculos**

La calidad de la relación terapéutica fue percibida como "muy buena", con la madre sintiéndose acompañada y valorando el enfoque del terapeuta en "mejorar su calidad de vida y en ofrecerle siempre herramientas e ideas nuevas". La terapeuta redefinió su rol a un coach parental/guía, facilitando que la madre se convirtiera en el principal agente de cambio. Aunque la madre expresó el deseo de una experiencia en persona para que su hijo conociera otra figura, afirmó haber "sacado todo el provecho posible y que aprendió mucho" de cada terapia, lo que confirma que la tecnología facilitó una sólida alianza terapéutica.

### **T (Technology): Uso de la Tecnología**

La experiencia tecnológica fue generalmente positiva para la madre debido a su previa alfabetización digital, aunque reconoció que su hijo no se interesó directamente en la pantalla, algo que la atemorizaba. La clave del éxito fue la adaptación creativa del terapeuta y sus recursos terapéuticos (canciones, instrumentos musicales, títeres, cuentos) y la mediación activa de la madre: "yo miraba qué estábamos haciendo y lo guiaba". El terapeuta sugirió respetar la libertad de movimiento y exploración del niño ("estaba bien que el niño corriera, explorara"), lo que al inicio representó un desafío para la madre, superado al entender que "la terapia me la tomaba yo y que el

niño aprendía explorando". Se destacó la inversión personal de la familia en una pantalla más grande para mejorar el enfoque visual del niño.

### **U (Unique): Necesidades Específicas**

La terapia se adaptó a las inquietudes específicas de la familia, priorizando la flexibilidad en el entorno e incluso en espacios al aire libre. Este enfoque valoró las fortalezas e intereses del niño y el respeto por las rutinas: "me gustaba que el terapeuta permitiera que la dirección la tomara el niño" y que "estaba bien que el niño corriera, explorara, se sintiera cómodo y en libertad". Este aprendizaje integral la ayudó a "entender el proceso de aprendizaje" de su hijo y a "no ser tan arbitraria con él", impulsando la autonomía de la madre y el respeto por el juego libre y la naturaleza.

### **A (Access): Accesibilidad y Recomendaciones para la Práctica**

La madre identificó barreras sistémicas y propuso tres recomendaciones para mejorar la equidad en el acceso:

1. Simplificar el proceso de admisión: Reducir la burocracia estatal para aliviar la confusión y frustración inicial.
2. Crear y enviar un kit de bienvenida: Incluir dispositivo electrónico, recursos terapéuticos y un manual para mitigar las barreras financieras ("no todos los padres tienen la capacidad financiera para comprar un iPad") y la ansiedad inicial.
3. Extender el tiempo y la frecuencia semanal: Treinta minutos fueron percibidos como insuficientes para el niño y los padres, lo que generó frustración.

### **L (Legal): Aspectos Legales y Bioéticos**

Los aspectos legales, incluida la privacidad de los datos, las licencias profesionales, los requisitos de consentimiento informado<sup>22</sup> requeridos por el Departamento de Salud, las regulaciones específicas de cada jurisdicción y la protección de la información de salud, tienen un impacto significativo en lo ágiles y receptivos que son los sistemas de salud para utilizar lo mejor que la tecnología tiene para ofrecer. La madre describió sentirse "totalmente segura" en cuanto a la confidencialidad y la privacidad, basada en que en sus sesiones "nunca se habló de otros casos" y se utilizaron enlaces personalizados, validando los protocolos de protección de datos (Zoom for Healthcare®).

### **Aportes Emergentes: Dimensiones Clave de la Práctica**

La codificación reveló tres dimensiones críticas que amplifican el marco VIRTUAL:

1. Resignificación y Transformación del Rol Parental: La fusión de Información y Relaciones se

tradujo en un aprendizaje holístico sobre el neurodesarrollo. La madre se transformó en "agente de cambio y transformación" y "compañero sensible" (Modelo Hanen<sup>23</sup>). Este cambio fue internalizado como un "deber" y una "responsabilidad activa", demostrando que el empoderamiento ocurre cuando la madre asume el aprendizaje holístico sobre el neurodesarrollo de su hijo ("aprendí a entender el niño, a entender cómo funciona su cerebro..."). Este modelo pone énfasis en entender el desarrollo del niño de una manera más holística y más contextual; se reconoce que "el progreso del niño no responde a una suma de intervenciones parciales sino a una visión de conjunto que encuentra la mejor expresión en la atención preferente en casa y la comunidad<sup>24</sup>". Este aprendizaje integral se convirtió en el valor principal de la terapia para ella

2. Ajustes e Impacto Ecológico en el Hogar: La efectividad Observada y el uso de Tecnología estuvieron condicionados por el esfuerzo y la inversión activa de la familia. Esto incluyó la creación de una "rutina", un "lugarcito en la casa", "una selección de recursos" y una inversión material y financiera (compra de pantalla grande), señalando un desafío de equidad que recae sobre las familias. La flexibilidad para jugar al aire libre confirmó que la telepráctica es más efectiva cuando se adapta activamente a las rutinas y al entorno natural y funcional del niño.

3. La Dimensión Socio-Comunitaria de la Experiencia: Este aporte completamente nuevo trasciende el alcance individual del marco VIRTUAL. El proceso de aprendizaje personal y empoderamiento llevó a la madre a desarrollar una conciencia socio-comunitaria, motivándola a apoyar y aconsejar a otros padres y a abogar por el bienestar familiar. Este hallazgo sugiere que la intervención integral tiene un impacto multiplicador en la red social y el ecosistema de apoyo de otros cuidadores.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La experiencia de la madre en la telepráctica corrobora la evidencia que sustenta esta modalidad como una alternativa viable y efectiva para la prestación de servicios sanitarios. Sin embargo, los aportes emergentes de este caso demuestran que el valor de la telesalud va más allá de la mera conectividad tecnológica. Esta modalidad ha demostrado ser un catalizador para la Resignificación del Rol Parental, transformando a la madre de "observadora pasiva a participante activa" y "compañero sensible", cuyo aprendizaje principal fue la comprensión holística del proceso de neurodesarrollo de su hijo. Esta experiencia, relatada en primera persona, subraya que esta modalidad puede ser una

herramienta poderosa ya que promueve la sostenibilidad de los aprendizajes, fortalece los lazos familiares y construye alianzas terapéuticas, redefiniendo el rol de los cuidadores como catalizadores del cambio y aprendizaje en la vida de sus hijos.

A pesar de desafíos inherentes, como la limitación de tiempo y la necesidad de mejorar los procesos de admisión iniciales, la telepráctica facilita la co-creación de un ambiente terapéutico más nutritivo y competente en el hogar, considerando las fortalezas del contexto familiar lo que puede resultar en una mayor satisfacción de las expectativas y necesidades específicas de las familias y en una atención más efectiva y culturalmente pertinente. Los aportes resaltan que este éxito depende directamente de los Ajustes e Impacto Ecológico en el Hogar, lo que implica reconocer la inversión activa (tiempo, espacio, recursos) que la familia realiza.

En relación con el modelo de intervención holístico e integral atendiendo a los recursos, a las rutinas familiares, al entorno y a las competencias del niño y su familia, los hallazgos de este caso confirman que la telepráctica, al ser implementada de manera consciente, puede hacer posible una vida de calidad para el niño y su familia. Además, la emergencia de la Dimensión Socio-Comunitaria sugiere que el empoderamiento parental tiene un impacto multiplicador, impulsándolos a la defensa del bienestar de otros cuidadores, un aspecto clave para la política de salud pública pediátrica.

Lejos de ser solo una alternativa tecnológica, la modalidad actúa como un poderoso catalizador para un cambio de paradigma en la atención sanitaria pediátrica, promoviendo una visión de conjunto que encuentra su mejor expresión en la atención preferente en casa y la comunidad.

Los hallazgos confirman que el objetivo de la AT ya no es únicamente el niño, sino que las intervenciones deben dirigirse también a la familia, garantizando que esta tenga un lugar activo y participativo. Se refuerza la importancia de la formación de los profesionales en el uso de la telesalud y la implementación de modelos que prioricen la interacción y el aprendizaje del adulto formalizando la inclusión de las dimensiones emergentes para asegurar un servicio más equitativo, efectivo e integral, y fortaleciendo la colaboración entre profesionales y familias. Futuras investigaciones deberían explorar cómo formalizar estas dimensiones emergentes para optimizar la alianza terapéutica y responder a las necesidades específicas de poblaciones diversas.

**(Fig. 1)** Nube de palabras generada por Atlas ti. En ella se observan términos relevantes de las respuestas de la madre de familia durante la entrevista como, por ejemplo: relación, niño,

terapeuta, tiempo, padres, experiencia, atención, aprendí, herramientas, jugar, herramientas, entre otras.



## REFERENCES

1. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención. Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2003.
2. American Speech-Language-Hearing Association. ASHA SLP Telepractice Portal. 2023. Disponible en: <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/>
3. Ley de Educación de Personas con Discapacidades Parte C (IDEA). 2004, 2019. Disponible en: <https://sites.ed.gov/idea/statute-chapter-33/subchapter-ii>
4. Ponte J, Cardama J, Bella JC, Arlazón JL, González T, Vived E. Guía de estándares de calidad en Atención Temprana. Madrid: IMSERSO; 2004. Disponible en: [https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/21L\\_guiaestandaresat.pdf](https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/21L_guiaestandaresat.pdf)
5. GAT. Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2005. Disponible en: <https://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Recomendaciones-tecnicas-para-el-desarrollo-de-la-AT.-Real-Patronato.pdf>
6. Merlino P, Cardona-Valencia M, Vázquez Fernández P. Telepráctica en Atención Temprana: Reflexión Fonoaudiológica con un enfoque en la educación parental y el vínculo afectivo. Rev Reflex Investig Educ. 2025;(Número especial):3-9. <https://doi.org/10.22320/reined.v7i2.7440>
7. Camden C, Silva M. Pediatric Telehealth: Opportunities Created by the COVID-19 and Suggestions to Sustain Its Use to Support Families of Children with Disabilities. Phys Occup Ther. 2021;41(1):1-17. doi: 10.1080/01942638.2020.1825032.
8. Hall JB, Woods ML, Luechtefeld JT. Pediatric physical therapy telehealth and COVID-19: Factors, facilitators, and barriers influencing effectiveness—A survey study. Pediatr Phys Ther. 2021;33(3):112-8. doi: 10.1097/PEP.0000000000000800.
9. Pollard R, Hogan S. Parental and Practitioner Views of Telepractice for Pediatric Auditory Verbal Habilitation at a Time of Global Pandemic. Perspect ASHA Spec Interest Groups. 2021;6(6):1832-56. doi: 10.1044/2021\_PERSP-21-00062.
10. Cleffi C, Su WC, Srinivasan S, Bhat A. Using telehealth to conduct family-centered, movement intervention research in children with Autism Spectrum Disorder during the COVID-19 Pandemic. Pediatr Phys Ther. 2022;34(2):246–51. doi: 10.1097/ PEP.0000000000000872.
11. Gefen N, Steinhart S, Beerli M, Weiss PL. Lessons learned during a naturalistic study of online treatment for pediatric rehabilitation. Int J Environ Res Public Health. 2022;18. doi: 10.3390/ijerph181266599.
12. Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH) [https://www.health.ny.gov/community/infants\\_children/early\\_intervention/docs/eip\\_telehealth\\_guidance\\_document.pdf](https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/docs/eip_telehealth_guidance_document.pdf)
13. American Speech-Language-Hearing Association. Code of ethics. 2023. Disponible en: <https://www.asha.org/policy/code-of-ethics/>
14. World Health Organization. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth series, Vol. 2). Geneva: World Health Organization; 2010.
15. Scott Kruse C, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. J Telemed Telecare. 2018;24(1):4–12. doi: 10.1177/1357633X16674087.
16. Wijesooriya R, Mishra V, Brand P, Rubin B. COVID-19 and telehealth, education, and research adaptations. Paediatr Respir Rev. 2020;35:38-42. doi: 10.1016/ j.prrv.2020.06.009.

17. McWilliam R, Schiariti V. Crisis Brings Innovative Strategies: Collaborative Empathic Teleintervention for Children with Disabilities during the COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1749. doi: 10.3390/ijerph18041749.
18. Ezeamii VC, Okobi OE, Wambai-Sani H, et al. Revolutionizing Healthcare: How Telemedicine Is Improving Patient Outcomes and Expanding Access to Care. *Cureus*. 2024;16(7):e63881. doi: 10.7759/cureus.63881.
19. Khoza-Shangase K, Mophosho M. Language and culture in speech-language and hearing professions in South Africa: The dangers of a single story. *S Afr J Commun Disord*. 2018;65(1):a594. doi: 10.4102/sajcd.v65i1.594.
20. Kuy S, Tsai R, Bhatt J, Chu QD, Gandhi P, Gupta R, et al. Focusing on vulnerable populations during COVID-19. *Acad Med*. 2020;95(11):E2–3. doi: 10.1097/ACM.00000000000003571.
21. Pillay M, Kathard H. Renewing Our Cultural Borderlands: Equitable Population Innovations for Communication (EPIC). *Top Lang Disord*. 2018;38(2):143-60. doi: 10.1097/TLD.0000000000000151.
22. Glaser B, Strauss A. The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing; 1967.
23. Vilorio CA. “La implicación de los padres en atención temprana y su repercusión en la práctica”. *Polibea*. 2015;(114):13-8. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/310128981\\_LA\\_IMPLICACION\\_DE\\_LOS\\_PADRES\\_EN\\_ATENCION\\_TEMPRANA\\_Y\\_SU\\_REPERCUSION\\_EN\\_LA\\_PRACTICA](https://www.researchgate.net/publication/310128981_LA_IMPLICACION_DE_LOS_PADRES_EN_ATENCION_TEMPRANA_Y_SU_REPERCUSION_EN_LA_PRACTICA)
24. Kasamba S, McVeigh KH, Moraes A, Huang Y, Puffett N, Lednyak L. Continuity of Early Intervention Services in New York City During the COVID-19 Pandemic. *Int J Telerehabil*. 2023;15(1):e6553. doi: 10.5195/ijt.2023.6553.
25. Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH) <https://www.health.ny.gov/forms/doh-20198.pdf>
18. Weitzman E, Pepper J. Hablando... nos entendemos los dos. Ontario, Canadá: The Hanen Centre; 2007.
26. Dalmau M, et al. How to implement the family-centered model in early intervention. *Anales de Psicología*. 2017;33(3):641-51. doi: 10.6018/analesps.33.3.263611to.

**Declaración de responsabilidad:** Declaramos que todos los autores participaron en la construcción, desarrollo y elaboración del trabajo

**Financiación:** Los autores declaran que no hubo financiamiento ni fuente de recursos financieros para la realización, elaboración o publicación de este manuscrito.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés en relación con la investigación, la autoría o la publicación de este artículo.

**Cómo citar este artículo:**

Merlino PL, Fernández PV, Cardona-V M. Hacia un Modelo Holístico de la Telepráctica Fonoaudiológica Pediátrica. *Belo Horizonte*, 2025; 12(1): 110-116. ISSN: 2175-2990