Organización Puertorriqueña de Patología del Habla-Lenguaje y Audiología
Postura Oficial
Servicios de Patología del Habla-Lenguaje en el Entorno Escolar:
Mejores Prácticas, Riesgos de la Fragmentación e Impacto en los Estudiantes
Comité Ad Hoc
Agosto 2026

Declaración de Propósito

La Organización Puertorriqueña de Patología del Habla-Lenguaje y Audiología (OPPHLA) emite esta postura oficial con el propósito de establecer la posición oficial de la organización en relación con la organización y prestación de los servicios de Patología del Habla-Lenguaje (PHL) a través del Departamento de Educación de Puerto Rico (DEPR).

La fragmentación de los servicios de PHL en el entorno escolar constituye una barrera estructural que compromete la provisión de una intervención integral, efectiva y fundamentada en la evidencia. En el contexto del DEPR, esta desarticulación no solo erosiona la calidad clínica, sino que vulnera el cumplimiento de mandatos legales fundamentales como la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley 51 de 1996 y las estipulaciones de la Sentencia Rosa Lydia Vélez. Estos marcos garantizan el derecho inalienable del estudiante a recibir una Educación Pública, Gratuita y Apropiada (FAPE) en el Ambiente Menos Restrictivo (LRE) [Ley 51, 1996; IDEA, 2004; Sección 504, 1973]. La literatura científica enfatiza que el éxito terapéutico depende de la integración sistémica del servicio en el ecosistema educativo del menor [Bow et al., 2024; Elksnin & Capilouto, 1994].

En Síntesis: Postura de OPPHLA

- La Patología del Habla-Lenguaje debe consignarse en el PEI como un servicio único, funcional y medible — no fragmentado en categorías administrativas.
- La fragmentación entre terapia oromotora, terapia del habla y terapia de deglución/alimentación no tiene respaldo en la evidencia ni en la normativa vigente del DEPR.
- El patólogo del habla-lenguaje, conforme a Ley Núm. 77, es el profesional cualificado para evaluar, diagnosticar diferencialmente y dirigir la intervención en estas áreas.
- Si el DEPR mantiene un modelo fragmentado, como mínimo debe exigir evidencia escrita de coordinación intraprofesional congruente con las metas del PEI.

Planteamiento del Problema

La fragmentación de la disciplina de Patología del Habla-Lenguaje en categorías separadas, tales como "terapia de habla y lenguaje", "terapia oromotora", "terapia de apraxia" y "terapia de disfagia", no constituye la mejor práctica en los servicios prestados en entornos educativos. Según la política pública vigente del DEPR, los servicios relacionados deben estar directamente vinculados a las metas del Programa Educativo Individualizado (PEI) y al funcionamiento escolar del estudiante; por tanto, su organización debe responder a necesidades funcionales y educativas, no a las subdivisiones administrativas de una misma disciplina clínica.

La evidencia y la normativa aplicable respaldan un modelo integrado de intervención (DEPR, 2020). En dicho modelo, la Patología del Habla-Lenguaje se documenta como un solo servicio, en el que, según la necesidad individual del estudiante, pueden incorporarse componentes de comunicación, motricidad oral funcional y alimentación/deglución. Este enfoque es consistente con la naturaleza del PEI como documento educativo orientado al acceso, a la participación y al progreso académico o funcional (DEPR, 2024). La fragmentación, por el contrario, dificulta la coherencia entre la evaluación, las metas, la intervención y la medición de los resultados contenidos en el PEI (Kurth et al., 2025).

Riesgos Principales de la Fragmentación

La fragmentación se manifiesta a través de riesgos críticos que impactan directamente el desarrollo y la seguridad del estudiante:

- **Incoherencia entre Metas Clínicas y Académicas:** La imposición de objetivos terapéuticos aislados de las demandas curriculares genera una dilución de la eficacia, donde las destrezas no se generalizan al entorno natural del aula [Elksnin & Capilouto, 1994; Green et al., 2019]. Esto conlleva el riesgo de que el estudiante no logre un "progreso significativo", estándar legal ratificado por la Corte Suprema de EE. UU. (Caso Endrew F.).
- **Erosión del Enfoque Interdisciplinario:** La ausencia de una colaboración interprofesional recíproca (IPCP) deriva en duplicidad de esfuerzos, omisiones críticas y contradicciones entre especialistas (e.g., PHL, Terapia Ocupacional, Maestros), limitando los beneficios funcionales para el estudiante. Sin metas compartidas, el servicio pierde su funcionalidad académica y social [Dillon et al., 2021; Langner & Fukkink, 2023].
- **Ambigüedad en la Provisión de Servicios:** La falta de criterios claros y la "práctica defensiva" ante la ambigüedad de las políticas de elegibilidad pueden conducir tanto a una sobre-intervención innecesaria como a la negación de servicios esenciales, afectando la eficiencia del sistema [Elksnin & Capilouto, 1994; Sylvan, 2014].
- **Riesgos en Funciones Vitales (Disfagia y Terapia Oromotora):** En el manejo de trastornos de la alimentación y deglución, la fragmentación es particularmente peligrosa. La falta de coordinación entre el equipo médico-clínico y el personal escolar aumenta los riesgos de aspiración y desnutrición, comprometiendo la seguridad física del estudiante en el entorno escolar [Cotton & Balakrishnan, 2019; Williams et al., 2017].
- **Intervenciones No Funcionales:** La segmentación de servicios como la terapia oromotora y el habla, sin un propósito comunicativo funcional común, resulta en

intervenciones ineficaces y desconectadas de las necesidades sociales y educativas reales [Green et al., 2019; Stanford & Muhammad, 2017].

Impacto en Calidad, Acceso, Continuidad y Equidad

- **Calidad:** La fragmentación debilita el rigor clínico al desvincular el PEI de la evidencia científica y las evaluaciones especializadas. Estudios demuestran que los modelos integrados producen resultados superiores en la reducción de la dependencia de alimentación enteral y mejoras en la ingesta oral en comparación con modelos fragmentados [Patel et al., 2022; Williams et al., 2017].
- **Acceso:** La descoordinación sistémica genera retrasos significativos en la identificación temprana, los referidos y el inicio de servicios. Esto limita el acceso oportuno a especialistas, agravando las brechas para estudiantes con trastornos complejos de comunicación o deglución [Bow et al., 2024; Wisman Weil, 2020].
- **Continuidad:** En Puerto Rico, las transiciones entre proveedores externos (bajo Remedio Provisional o servicios privados) y el equipo escolar son puntos de fallo frecuentes donde la falta de retroalimentación formal interrumpe la progresión del estudiante [Bow et al., 2024; Wisman Weil, 2020].
- **Equidad y Determinantes Sociales:** La fragmentación actúa como un multiplicador de disparidades. Estudiantes de hogares con bajos recursos, minorías étnicas o aquellos con diversidad lingüística reciben frecuentemente intervenciones de menor intensidad y frecuencia [Morgan et al., 2017; Pope et al., 2022]. La variabilidad en la implementación contraviene la Ley 51 y la Sentencia Rosa Lydia Vélez, perpetuando inequidades en el acceso a servicios adecuados y consistentes.

Prácticas Basadas en Evidencia

1. Metas Funcionales, Observables y Medibles

La primera mejor práctica consiste en formular metas centradas en el desempeño funcional. En el contexto escolar, una meta adecuada no describe procedimientos terapéuticos aislados, sino conductas observables que mejoren la participación del estudiante en el ambiente educativo (Pretti-Frontczak & Bricker, 2000; Rakap et al., 2025). En Patología del Habla-Lenguaje, esto incluye metas relacionadas con la comunicación funcional, la inteligibilidad, la participación en el salón, el uso de apoyos, la alimentación segura durante la jornada escolar y el seguimiento de estrategias compensatorias cuando estas resultan necesarias para permanecer y participar en la escuela.

2. Integración Disciplinaria en Lugar de Fragmentación Terapéutica

La segunda mejor práctica consiste en reconocer que la comunicación, la alimentación/deglución y las destrezas motoras orales funcionales pueden constituir expresiones distintas de una misma disciplina profesional (ASHA, 2016). Cuando estas áreas coexisten en un estudiante, deben organizarse como componentes de un mismo plan de intervención, clínicamente coherente y funcionalmente justificado (ASHA, 2016; Homer, 2024; D'Angelo, 2024). Esta integración fortalece la coherencia clínica y documental, evita la duplicidad de servicios y facilita la evaluación del progreso.

3. Inclusión de Alimentación y Deglución Solo con Pertinencia Educativa Explícita

La tercera mejor práctica consiste en incluir componentes de alimentación y deglución en el PEI únicamente cuando exista un impacto educativo justificado. La literatura profesional reconoce que el patólogo del habla-lenguaje tiene un rol central en la evaluación y el tratamiento de trastornos de alimentación y deglución; sin embargo, en el entorno escolar, la justificación debe estar anclada a la seguridad del estudiante durante las comidas escolares, a su acceso a hidratación y nutrición durante la jornada, y a su capacidad para participar en rutinas y actividades educativas. Un diagnóstico médico por sí solo no es criterio suficiente para incorporar el servicio al PEI; debe demostrarse la relevancia funcional en la escuela (Power-deFur, 2024; D'Angelo, 2024; ASHA, 2024).

4. Documentación Mínima Requerida para Componentes de Deglución

La cuarta mejor práctica exige documentación clínica y educativa suficiente para justificar cualquier componente relacionado con la alimentación y la deglución. Como estándar mínimo, deben constar: descripción del problema, evidencia del impacto escolar, metas funcionales, acomodos o modificaciones requeridas, medidas de seguridad y coordinación con la familia, el personal escolar y el equipo médico, cuando aplique (Dawson et al., 2024; D'Angelo, 2024; Power-deFur, 2024). Este nivel de especificidad permite delimitar adecuadamente lo educativo frente a lo estrictamente médico y reduce la variabilidad en la toma de decisiones.

5. Uso Restringido y Funcionalmente Justificado de Estrategias Oromotoras

La quinta mejor práctica consiste en no reconocer la llamada "terapia oromotora" como servicio autónomo. La revisión sistemática de McCauley et al. encontró evidencia insuficiente para sostener o refutar el uso de ejercicios oromotores no verbales como medio para producir cambios en el habla (McCauley et al., 2009), y otros trabajos han señalado limitaciones teóricas y empíricas en su aplicación aislada para mejorar el habla (Bunton, 2008; Lee & Gibbon, 2015; Alhaidary, 2021). En el contexto de la disfagia y desórdenes de alimentación pediátrica, la evidencia también es insuficiente para sustentar el uso de ejercicios oromotores aislados como modalidad de tratamiento autónoma; la literatura especializada coincide en que los abordajes terapéuticos deben integrarse en tareas funcionales de alimentación y deglución, y no administrarse de forma descontextualizada (Arvedson et al., 2010; Gosa & Dodrill, 2017; Wilson et al., 2021).

6. La Apraxia del Habla Infantil No Constituye un Servicio Separado

La apraxia del habla infantil (AHI) es un trastorno motor del habla que se diagnostica dentro de una evaluación comprensiva de habla-lenguaje. Su tratamiento no es una modalidad terapéutica independiente, sino un conjunto de procedimientos clínicos especializados basados en principios de aprendizaje motor que se implementan dentro de la terapia del habla. Los patólogos del habla-lenguaje son responsables del tamizaje, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la AHI, conforme al alcance de práctica de la disciplina (ASHA, n.d.).

Ofrecer estos servicios para participantes con diagnóstico de AHI como una categoría terapéutica y/o evaluativa separada fragmenta artificialmente lo que constituye un continuo clínico dentro de la disciplina del habla-lenguaje, contradice la naturaleza del trastorno y no es consistente con los estándares profesionales vigentes (ASHA, n.d.; Iuzzini-Seigel & Murray, 2024; RCSLT, 2024).

7. Posición Mínima Aceptable Ante un Modelo Fragmentado

La posición de OPPHLA es que la integración descrita en las prácticas 1 a 6 es la única que constituye la mejor práctica basada en evidencia; lo que sigue no es una alternativa equivalente, sino el piso mínimo que evitaría un incumplimiento aún mayor si el DEPR, en ejercicio de su prerrogativa administrativa, opta por mantener un modelo fragmentado. Si el DEPR mantiene un modelo de servicios en el que los componentes de la Patología del Habla-Lenguaje se ofrecen de forma fragmentada, como mínimo el PEI debe incluir documentación explícita que evidencie la coordinación entre los profesionales del habla-lenguaje que ofrecen dichos servicios. La fragmentación sin coordinación documentada no cumple con los estándares de práctica basada en la evidencia ni con los requisitos de coherencia clínica que exige IDEA (ASHA, n.d.; IDEA, 2004; Ireland & Hall-Mills, 2024).

Señales de Fragmentación en el PEI

El PEI debe ser auditado para detectar las siguientes señales de alerta de servicios desarticulados:

- Metas terapéuticas y académicas sin relación funcional o compartida.
- Duplicidad de intervenciones o metas contradictorias entre disciplinas.
- Objetivos clínicos sin el sustento de evaluaciones especializadas recientes.
- Ausencia de indicadores funcionales críticos (e.g., seguridad alimentaria, eficacia comunicativa en pares).
- Falta de documentación sobre colaboración interprofesional y planificación conjunta [Dillon et al., 2021; Green et al., 2019].
- Cambios en servicios sin justificación clínica documentada.

Profesional Cualificado y Criterio Ético de Competencia

El patólogo del habla-lenguaje es el profesional preparado a nivel de posgrado (maestría o doctorado) para realizar la evaluación, el diagnóstico diferencial y la intervención en las áreas de habla, planificación y ejecución motora del habla, y alimentación/deglución dentro de su ámbito profesional. La Ley Núm. 77 de Puerto Rico define la Patología del Habla-Lenguaje como una disciplina de prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento, y reconoce al patólogo del habla-lenguaje como el profesional que previene, evalúa, diagnostica, orienta y participa en programas de habilitación o rehabilitación. Esa misma ley exige maestría o doctorado para la licencia de patólogo del habla-lenguaje (Puerto Rico, 1983). De igual forma, los componentes reconocidos dentro del alcance de la práctica de la disciplina incluyen la producción del habla, la planificación y ejecución motora del habla, y la alimentación/deglución, así como competencias de evaluación e intervención en esas áreas (ASHA, 2016).

No obstante, desde una consideración ética y de competencia profesional, corresponde al propio especialista determinar si posee la preparación clínica específica para asumir la evaluación y/o tratamiento de un caso particular, o si procede realizar consulta, colaboración o referido. Esta consideración ética no niega su formación profesional de entrada; por el contrario, reconoce que el deber del especialista es ejercer responsablemente dentro de su competencia clínica, educación, adiestramiento y experiencia (ASHA, 2023).

En Puerto Rico debe quedar igualmente claro que la evaluación clínica y la planificación del tratamiento corresponden al patólogo del habla-lenguaje. La Ley Núm. 77 dispone que el terapista del habla-lenguaje trabaja bajo dirección y supervisión directa del patólogo del habla-lenguaje, ejecuta el plan de tratamiento diseñado por este y no puede evaluar clínicamente, ni planificar, ni evaluar el tratamiento a administrarse (Puerto Rico, 1983).

Posición Oficial de OPPHLA

- OPPHLA sostiene que la mejor práctica en el PEI es consignar la Patología del Habla-Lenguaje como un servicio integrado, funcional y medible.
- OPPHLA sostiene que no debe existir fragmentación entre terapia oral motora y terapia del habla o terapia de deglución/alimentación, ya que los componentes orales motores pueden trabajarse dentro del tratamiento principal cuando respondan a una meta funcional clara.
- OPPHLA sostiene que la apraxia del habla infantil no constituye un servicio aparte, sino un diagnóstico dentro de la Patología del Habla-Lenguaje que requiere evaluación diferencial y tratamiento especializado en el mismo servicio.
- OPPHLA sostiene que el patólogo del habla-lenguaje es el profesional cualificado para evaluar, diagnosticar diferencialmente y dirigir la intervención en estas áreas, sin perjuicio de que cada especialista deba determinar éticamente si posee la competencia clínica específica para atender un caso particular o si necesita consulta, colaboración o referido.
- OPPHLA sostiene que, si un sistema mantiene servicios fragmentados, debe exigirse evidencia escrita de colaboración intraprofesional y de congruencia con metas funcionales contenidas en el PEI.

Conclusión

La fragmentación de servicios en el PEI no es una deficiencia técnica menor, sino una vulneración sistemática del derecho del estudiante a una intervención integral y basada en evidencia. Es imperativo adoptar un enfoque interdisciplinario estructurado y modelos de intervención integrados en el salón de clases (modelo push-in). El PEI debe funcionar como un plan educativo integral, donde las metas académicas y terapéuticas converjan para promover la seguridad, la participación y el desarrollo máximo del potencial de cada estudiante. Solo mediante la unificación de criterios clínicos y pedagógicos, y el estricto cumplimiento de los marcos legales vigentes en Puerto Rico, se podrá garantizar una educación de excelencia que promueva la calidad de vida y el desarrollo máximo del potencial de cada estudiante.

Referencias

Referencias Clínicas y Científicas

Alhaidary, A. (2021). Treatment of speech sound disorders in children: Nonspeech oral exercises. International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine, 8(1), 1–4. https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2019.07.008

American Speech-Language-Hearing Association. (2016). Scope of practice in speech-language pathology [Scope of practice]. https://www.asha.org/policy/sp2016-00343/

American Speech-Language-Hearing Association. (2023). Code of ethics [Ethics]. https://www.asha.org/siteassets/publications/code-of-ethics-2023.pdf

American Speech-Language-Hearing Association. (2024). Pediatric feeding and swallowing [Practice portal]. https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-feeding-and-swallowing/

American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Childhood apraxia of speech [Practice portal]. https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/childhood-apraxia-of-speech/

American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). IDEA Part B: Continuum of service delivery options. https://www.asha.org/advocacy/idea/idea-part-b-issue-brief-continuum-of-service-delivery-options/

Arvedson, J., Clark, H., Lazarus, C., Schooling, T., & Frymark, T. (2010). Evidence-based systematic review: Effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants. American Journal of Speech-Language Pathology, 19(4), 321–340. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2010/09-0067)

Bow, M., McCabe, P., & Purcell, A. (2024). Speech–language therapy services for children with cleft palate: A scoping review on continuity of care. International Journal of Language & Communication Disorders, 59(6), 2423–2440. https://doi.org/10.1111/1460-6984.13091

Bunton, K. (2008). Speech versus nonspeech: Different tasks, different neural organization. Seminars in Speech and Language, 29(4), 267–276. https://doi.org/10.1055/s-0028-1103390

Cotton, R. T., & Balakrishnan, K. (2019). The Aerodigestive model: improving health care value for complex patients through coordinated care. In Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children (pp. 1094–1096). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-44887-1.00075-4

D'Angelo, S. (2024). Clinical feeding and swallowing evaluation for the school-based speech-language pathologist. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 55(2), 409–422. https://doi.org/10.1044/2023_LSHSS-23-00019

Dawson, M. L. W., Neal, A., & West, K. (2024). Go team go! Interprofessional practice for pediatric feeding in the schools. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 55(2), 394–408. https://doi.org/10.1044/2023_LSHSS-23-00017a

Departamento de Educación de Puerto Rico. (2020). Manual de procedimientos de educación especial. https://de.pr.gov/wp-content/uploads/2020/10/manual-de-educacion-especial-2020-1.pdf

Departamento de Educación de Puerto Rico. (2024). Guía para la redacción del Programa Educativo Individualizado (PEI). https://de.pr.gov/wp-content/uploads/2025/11/Guia-Redaccion-de-PEI-2024.pdf

Dillon, S., Armstrong, E., Goudy, L., Reynolds, H., & Scurry, S. (2021). Improving special education service delivery through interdisciplinary collaboration. Teaching Exceptional Children, 54(1), 36–43. https://doi.org/10.1177/00400599211029671

Elksnin, L. K., & Capilouto, G. J. (1994). Speech-language pathologists' perceptions of integrated service delivery in school settings. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 25(4), 258–267. https://doi.org/10.1044/0161-1461.2504.258

Endrew F. v. Douglas County School District RE-1, 137 S. Ct. 988 (2017).

Gosa, M., & Dodrill, P. (2017). Pediatric dysphagia rehabilitation: Considering the evidence to support common strategies. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 2(13), 27–35. https://doi.org/10.1044/persp2.SIG13.27

Green, L., Chance, P., & Stockholm, M. (2019). Implementation and perceptions of classroom-based service delivery: A survey of public school clinicians. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 50(4), 656–672. https://doi.org/10.1044/2019_LSHSS-18-0101

Homer, E. M. (2024). Pediatric feeding disorder and the school-based speech-language pathologist: An evidence-based update for clinical practice. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 55(2), 389–393. https://doi.org/10.1044/2024_LSHSS-23-00011

Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004, Pub. L. No. 108-446, 118 Stat. 2647 (2004). https://www.govinfo.gov/app/details/STATUTE-118/STATUTE-118-Pg2647; reglamento de implementación en 34 C.F.R. § 300.320(a)(4).

Ireland, M. C., & Hall-Mills, S. (2024). Empowering speech-language pathologists: Strategies for effective individualized education program navigation and inclusive practice in schools. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 55(2), 225–230. https://doi.org/10.1044/2024_LSHSS-24-00026

Iuzzini-Seigel, J., & Murray, E. (2024). A goal-writing framework for motor-based intervention for childhood apraxia of speech. American Journal of Speech-Language Pathology. https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-24-00014

Kurth, J. A., Lockman Turner, E., Gerasimova, D., Hicks, T. A., Zagona, A., Lansey, K., … Loyless, R. (2025). Quality of IEPs for Students with Complex Support Needs: Is There Alignment Across IEP Components? Exceptionality, 33(1), 1–16. https://doi.org/10.1080/09362835.2024.2389079

Langner, J., & Fukkink, R. G. (2023). A realist synthesis of interprofessional collaborative practices in early intervention for children with speech, language and communication needs. International Journal of Language & Communication Disorders, 58(2), 516–541. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12789

Lee, A. S. Y., & Gibbon, F. E. (2015). Non-speech oral motor treatment for children with developmental speech sound disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD009383. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009383.pub2

Ley de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos, Ley Núm. 51 de 7 de junio de 1996, según enmendada, 18 L.P.R.A. § 1351 et seq.

McCauley, R. J., Strand, E., Lof, G. L., Schooling, T., & Frymark, T. (2009). Evidence-based systematic review: Effects of nonspeech oral motor exercises on speech. American

Journal of Speech-Language Pathology, 18(4), 343–360. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2009/09-0006)

Morgan, P. L., Farkas, G., Hillemeier, M. M., Li, H., Pun, W. H., & Cook, M. (2017). Cross-cohort evidence of disparities in service receipt for speech or language impairments. Exceptional Children, 84(1), 27–41. https://doi.org/10.1177/0014402917718341

Patel, M. R., Patel, V. Y., Andersen, A. S., & Miles, A. (2022). Evaluating outcome measure data for an intensive interdisciplinary home-based pediatric feeding disorders program. Nutrients, 14(21), 4602. https://doi.org/10.3390/nu14214602

Pope, L., Light, J., & Franklin, A. (2022). Black children with developmental disabilities receive less augmentative and alternative communication intervention than their White peers. American Journal of Speech-Language Pathology, 31(5), 2159–2174. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-22-00079

Power-deFur, L. A. (2024). Legal issues and opportunities associated with serving children with pediatric feeding disorders in schools. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 55(2), 434–457. https://doi.org/10.1044/2023_LSHSS-23-00018

Pretti-Frontczak, K., & Bricker, D. (2000). Enhancing the quality of individualized education plan (IEP) goals and objectives. Journal of Early Intervention, 23(2), 92–105. https://doi.org/10.1177/105381510002300204

Puerto Rico. (1983). Ley Núm. 77 del 3 de junio de 1983: Ley para reglamentar la práctica de la patología del habla-lenguaje y audiología en Puerto Rico. https://lexjuris.com/lexlex/Leyes1983/lex1983077.htm

Rakap, S., Balikci, S., Kalkan, S., Coleman, H., Aydin, B., & Gulboy, E. (2025). Examining long-term impacts of a training programme to improve quality of IEP goals. European Journal of Special Needs Education, 40(1). https://doi.org/10.1080/08856257.2024.2314423

Rehabilitación de 1973, Sección 504, 29 U.S.C. § 794.

Rosa Lydia Vélez v. Departamento de Educación, Caso Núm. K PE1980-1738 (Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan, 14 de febrero de 2002) (Sentencia por Estipulación).

Royal College of Speech and Language Therapists. (2024). Position paper on childhood apraxia of speech (CAS). https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/2024/02/RCSLT-Childhood-Apraxia-of-Speech-CAS-Position-Paper-2024.pdf

Stanford, S., & Muhammad, B. (2017). The confluence of language and learning disorders and the school-to-prison pipeline among minority students of color: A critical race theory. American University Journal of Gender, Social Policy & Law, 26, 691.

Sylvan, L. (2014). Speech-Language Services in Public Schools: How Policy Ambiguity Regarding Eligibility Criteria Impacts Speech-Language Pathologists in a Litigious and Resource Constrained Environment. Journal of the American Academy of Special Education Professionals, 7, 23.

Williams, C., VanDahm, K., Stevens, L. M., Khan, S., Urich, J., Iurilli, J., ... & Williams, D. I. (2017). Improved outcomes with an outpatient multidisciplinary intensive feeding therapy program compared with weekly feeding therapy to reduce enteral tube feeding dependence in medically complex young children. Current Gastroenterology Reports, 19(7), 33.

Wilson, E. M., Hustad, K. C., & Doyle, S. (2021). Pediatric oral sensorimotor interventions for chewing dysfunction: A scoping review. International Journal of Language & Communication Disorders, 56(6), 1316–1333. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12662

Wisman Weil, L. (2020). Coordinating Speech-Language Pathology Services for Youth with Autism Spectrum Disorder. In Interprofessional Care Coordination for Pediatric Autism Spectrum Disorder (pp. 241–255). Springer International Publishing.