
El procés de tractament

PID_00271297

Ester Rodríguez León
Ana Lou Moreno

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores



Ester Rodríguez León

Ana Lou Moreno

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats per la professora: Ester Rodríguez León (2020)

Primera edició: febrer 2020
© Ester Rodríguez León i Ana Lou Moreno
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció	5
1. Consideracions generals	7
1.1. Pràctica basada en l'evidència	7
1.2. Formació, coneixements i experiència del logopeda	8
1.3. Què pot aportar el logopeda	9
1.4. Consideracions i visions sobre el pacient i la seva família	10
1.4.1. El pacient	10
1.4.2. El pacient i la seva família	11
2. El procés de tractament	13
2.1. El tractament i la seva planificació	13
2.2. Tècniques i materials per a treballar davant les diferents disfuncions orofacials	14
2.2.1. Tipus de tractaments	14
2.2.2. Tipus de materials i tècniques	15
Bibliografia	19

Introducció

Actualment estem assistint a un canvi de paradigma en la comprensió i intervenció en les disfuncions orofacials. La precisió de les noves tècniques i les evidències científiques aportades per estudis recents ofereixen dades que posen en qüestió moltes de les idees que fins ara es consideraven encertades. Això també promou una reflexió constant i canvis significatius en la forma d'entendre la pràctica logopèdica.

Un exemple d'aquesta situació és la de les pràxies orofacials. Partim d'una herència en què els llistats de pràxies s'utilitzaven sense tenir en compte el pacient ni les seves especificitats. Però això avui està canviant, i hi ha un debat obert i nombrosos estudis que hi posen llum.

Així doncs, la potenciació del raonament clínic recolzat per l'anàlisi de les interconnexions entre diferents aspectes i la consideració del pacient com un tot, amb característiques específiques, han generat la necessitat que els logopedes s'hagin d'especialitzar per poder abordar adequadament les alteracions orofacials (Susanibar, Marchesan, Parra i Dioses, 2014).

En aquest mòdul s'explica quines són les bases per a una intervenció logopèdica eficaç, en què el pacient i la seva família tenen un paper tan important com el logopeda i l'entorn en què desenvolupa la seva activitat professional.

També s'ofereix una visió del procés general de tractament en disfuncions orofacials, els materials i les tècniques de treball més útils.

1. Consideracions generals

Històricament, la planificació del tractament es basava en l'experiència clínica, però en aquests moments això resulta insuficient i es posa l'èmfasi en la necessitat de dissenyar pràctiques de qualitat basades en l'evidència.

Així, no ens hem de centrar en els símptomes de forma aïllada, sinó que els hem de posar en relació, i per això hem d'actualitzar els coneixements constantment i desenvolupar les competències necessàries per a l'exercici de la professió.

En aquest apartat aportem algunes idees generals sobre les característiques de la intervenció logopèdica i el paper del logopeda, el pacient i la seva família, en general, i també específicament per a la intervenció en les disfuncions orofacials.

1.1. Pràctica basada en l'evidència

Sackett, Rosenberg, Gray i Haynes (1996), des de l'àmbit de la medicina, van definir la pràctica basada en l'evidència i van plantejar que suposava la integració entre l'experiència clínica individual i la millor evidència externa existent.

L'**experiència clínica** individual es refereix a la competència i la capacitat de raonament que s'adquireix a través de l'experiència i la pràctica clínica, la qual permetrà dur a terme la valoració i el diagnòstic de forma reflexiva i eficaç. Es tracta d'identificar i tenir en compte les dificultats, necessitats, valors i preferències dels pacients per prendre decisions ajustades.

La millor **evidència clínica** externa existent es refereix a la recerca clínicament rellevant que valida o no els processos diagnòstics i els tractaments, entre altres.

Cal remarcar que cap d'aquests dos conceptes és suficient per ell mateix. L'evidència externa sense l'experiència clínica pot fer que les propostes plantejades siguin inviables o inadequades en un pacient concret. Al mateix temps, la pràctica pot estar poc actualitzada i les tècniques utilitzades poden ser ineficaces, la qual cosa repercuteix en el pacient.

Així doncs, la pràctica basada en l'evidència ens permet dur a terme intervencions logopèdiques molt més eficaces, ja que aquestes no només es basen en el coneixement clínic obtingut a través de la pròpia experiència professional, sinó que s'integren amb les millors evidències aportades per les recerques sis-

temàtiques que es duen a terme. Tot això, sense perdre de vista les necessitats, interessos i prioritats del pacient i la seva família, i tenint en compte també les característiques del context en el qual es produeix l'avaluació i la intervenció (Marchesan i Martinelli, 2016; Susanibar, Parra i Dioses, 2013).

1.2. Formació, coneixements i experiència del logopeda

Per a dur a terme una pràctica professional de qualitat és imprescindible tenir coneixements actualitzats sobre els diferents problemes que hem de tractar i, com ja s'ha comentat anteriorment, complementar la nostra experiència amb les dades aportades per estudis actuals amb evidència científica.

Al mateix temps, hem de realitzar una **reflexió** constant individual o compartida amb altres professionals, i hem de mantenir la **curiositat**, l'**autocrítica** i la **creativitat**. Aquests elements són imprescindibles per a comprendre en profunditat les funcions orofacials i les seves problemàtiques, i per a cercar solucions i planificar la intervenció.

En aquest cas, ens centrarem en pacients de diferents edats sense lesions neurològiques, auditives, ni alteracions cognitives. Tenint en compte això, a més de conèixer el funcionament, haurem de conèixer els patrons de desenvolupament considerats normals, les característiques pròpies de cada edat i, finalment, les alteracions que es poden produir, així com les possibles solucions.

A més, amb els anys de pràctica clínica, els logopedes hem de desenvolupar una sèrie de competències professionals i habilitats comunicatives per a afavorir la relació entre el logopeda, el pacient, la seva família i els diferents professionals.

Hernández i de León (2008) consideren que les habilitats terapèutiques i comunicatives necessàries per a afavorir la interacció i que el logopeda hauria de desenvolupar són:

- Els **recursos interpersonals**, com l'empatia, l'autoconeixement, l'autenticitat i la congruència.
- Les **habilitats comunicatives**, com l'escolta activa, l'ús de preguntes obertes, la capacitat de síntesi, la utilització del reforç i l'estímul verbal, i la tolerància a l'ambigüitat.

Totes aquestes habilitats, tant terapèutiques com comunicatives, s'han de portar a terme davant de cada un dels nostres pacients i les seves famílies. És important tenir en compte que els problemes que tractarem es poden produir en persones de totes les edats, des de nounats fins a adults, per això aquestes competències i habilitats s'han d'ajustar a l'interlocutor.

Coneixements del logopeda

Hi ha una sèrie de coneixements teòrics que són fonamentals per al tractament logopèdic de les disfuncions orofacials, els coneixements anatòmics, fisiològics, neurològics, lingüístics i cognitius.

1.3. Què pot aportar el logopeda

El logopeda, amb coneixements i experiència clínica sobre una àrea concreta, aporta una visió molt global i general del pacient. Pot posar en relació dades que passen desapercebudes a d'altres professionals i, fins i tot, a logopedes sense experiència.

Així, el logopeda fa una avaluació exhaustiva; mitjançant diferents protocols i proves, recull totes les dades necessàries i hi afegeix la seva expertesa en el camp, de manera que pot comprendre la problemàtica en tota la seva extensió.

Posteriorment, aplica el **raonament clínic** fent ús de la seva capacitat d'observació, reflexió, inferència i judici integral dels problemes, per tal de plantejar el tractament més adient. Per facilitar aquest procés es pot fer les preguntes següents:

- Per què li passa? Quina és la problemàtica principal? Quins aspectes hi influeixen? Com afecten?
- Com ho puc treballar? Quins són els objectius principals? I els secundaris? De quina manera es pot treballar?

Per contestar a la primera bateria de preguntes, el logopeda ha de tenir una visió integral del pacient, tenint en compte tant la simptomatologia com les seves característiques personals i necessitats. Això li permet orientar el tractament. Durant el tractament podrà fer aquestes preguntes, sempre que ho consideri oportú, per tal que l'ajudin a replantejar objectius.

La segona bateria de preguntes està més dirigida a dissenyar la intervenció. Responent a aquestes preguntes, el logopeda parteix de l'anàlisi del que li passa al pacient i per què li passa (busca la causa). D'aquesta manera, va més enllà dels símptomes i pot establir les relacions de causa-efecte, i a partir d'aquí, decidir per on començar —sempre de manera justificada—, quins objectius ha de tenir el tractament i com es poden aconseguir.

Així doncs, el logopeda aporta coneixements, experiència, habilitats clíniques i relacionals a tots els tractaments que realitza.

En relació amb aquest darrer aspecte, les característiques professionals i personals del logopeda influiran en la relació interpersonal que estableixi amb el pacient i la seva família, per promoure la motivació i implicació en el tractament, i també en la participació en equips interdisciplinaris.

En el plantejament de la intervenció el logopeda també pot col·laborar de forma activa amb altres professionals, en la presa de decisions en relació amb el tractament o tractaments més adequats en cada cas, així com amb la seva seqüenciació.

Per exemple, pot col·laborar amb l'ortodontista per decidir si és millor començar el tractament logopèdic abans de la col·locació d'aparells o després. O pot derivar a l'otorrinolaringòleg amb el suggeriment de cirurgia en un cas de fre lingual curt.

En aquest sentit, el treball interdisciplinari és un aspecte bàsic de la intervenció logopèdica en disfuncions orofacials.

1.4. Consideracions i visions sobre el pacient i la seva família

Davant d'una demanda d'intervenció, és essencial tenir una visió holística de la persona, i també hem de considerar els aspectes personals, relacionals i socials del pacient per poder adaptar el tractament a la seva problemàtica i les seves necessitats.

En aquest apartat es consideren alguns aspectes relacionats amb el pacient i la seva família que cal tenir present, ja que incideixen en el bon funcionament de la intervenció logopèdica.

1.4.1. El pacient

Ja s'ha comentat que el logopeda ha de prendre en consideració tant el trastorn com les característiques personals i socials del pacient, la qual cosa implica que ha de fer una sèrie d'adaptacions en funció d'aquestes dues variables.

En primer lloc, el logopeda ha d'adaptar-se al trastorn. Ha de valorar la problemàtica i les seves característiques, guiar la presa de decisions quant a la seqüenciació de la intervenció, els objectius plantejats, les activitats i materials, i fins i tot la participació d'altres professionals.

En segon lloc, ha d'adaptar-se a la persona i a les seves necessitats, planificant la intervenció de forma personalitzada i seleccionant, de manera ajustada, les estratègies, els materials a utilitzar i, sobretot, la dinàmica de les sessions (Castejón, González, Núñez i González, 2005 i Castejón, Núñez i González, 2004).

A més, es pot potenciar la implicació del pacient en el seu procés, tenint en compte les seves habilitats, la seva capacitat i la seva voluntat per a respondre a les demandes.

Intervenció conjunta de logopedes i odontòlegs

Antunes, Nunes, Fang, Herrera i Díaz (2011) van analitzar l'opinió de diferents professionals de l'odontologia sobre la necessitat de la intervenció conjunta de logopedes i odontòlegs per poder fer un millor treball sobre els pacients amb alteracions orofacials. Una de les dades obtingudes va ser que tots els enquestats van considerar que era necessari unir les dues intervencions, tot i que en la pràctica diària això no sempre es produïa.

Castejón, González, Núñez i González (2005) proposen que per a afavorir la participació del pacient en el tractament i poder donar una resposta adequada a les diferents situacions que es generen durant les sessions de tractament, hem de tenir present que la motivació es pot veure condicionada pels factors següents:

- **Les expectatives**, que responen a la pregunta «puc fer-ho?». Són les creences que la persona té sobre la seva capacitat per dur a terme les tasques proposades. Estan relacionades amb la necessitat de sentir-se competent i sentir que té el control de les seves accions.
- **Les metes**, que responen a la pregunta «per què ho faig?». Són els objectius o propòsits que té la persona quan s'implica en les activitats, és a dir, el que vol aconseguir en el present i també en el futur.
- **Les emocions**, que responen a la pregunta «Com em sento?». Són reaccions afectives i emocionals que la persona té quan fa les activitats. Poden ser negatives o positives.

Cal tenir en compte aquests tres paràmetres a l'hora de dissenyar el pla d'intervenció i explicar al pacient el per què i el com es fan les diferents activitats proposades. També és imprescindible adaptar-les al seu ritme i nivell de competències per així poder assegurar l'èxit del tractament planificat.

1.4.2. El pacient i la seva família

En l'atenció logopèdica als nens, la família té també un paper molt important. Per això, adoptar un model d'atenció centrat en el pacient i la família (Baas, 2012) és de gran utilitat.

Aquest model es basa en la idea que totes les parts són importants. Considera que és fonamental potenciar la col·laboració i la participació activa del pacient i la seva família juntament amb el logopeda i els altres professionals implicats. En aquest sentit, es valora que la informació precisa que es dona al pacient i a la família és molt útil perquè puguin participar activament en la presa de decisions i col·laborar en la implementació de la intervenció (Baas, 2012).

Així, perquè es pugui donar aquesta relació de col·laboració que afavorirà el desenvolupament del tractament, cal tenir en compte les perspectives, els valors i les creences de la persona i la seva família a l'hora de planificar i implementar la intervenció (Johnson, Abraham, Conway, Simmons, Edgman-Levitan, Sodomka i Ford, 2008).

Cal, doncs, dedicar un temps inicial a **recollir la informació** necessària per a la presa de decisions, **comprendre les fortaleeses i necessitats** de la persona i la seva família, **establir la relació i concretar els enfocaments** de tractament, i explicar-los de forma que tant el pacient com la seva família els entenguin i siguin capaços de dur-los a terme.

Posteriorment, podem ensenyar algunes estratègies perquè la família pugui participar activament en el procés i fer el seguiment del tractament en col·laboració, afavorint així una comunicació efectiva per a promoure la millora dels resultats (American Academy of Pediatrics, 2012).

Cal tenir en compte que no sempre trobarem famílies col·laboradores que ajudaran en el procés de rehabilitació logopèdica, sinó que en alguna ocasió serà millor deixar-la a banda dels nostres propòsits. En els casos en què el reforç positiu sobre el treball portat a terme a casa es converteix en negatiu, és millor donar la responsabilitat al pacient mateix, treballar exclusivament dins la sessió i no implicar la família.

2. El procés de tractament

En aquest punt es fa una exposició general dels tractaments de logopèdia, i s'explica com se n'ha de fer la planificació i alguns dels aspectes que cal tenir en compte.

2.1. El tractament i la seva planificació

Abans de planificar un tractament és imprescindible fer una bona avaluació recollint també els aspectes esmentats anteriorment.

La planificació d'un tractament es basa en les accions següents:

- Fer les **preguntes de l'avaluació** que siguin oportunes per poder extreure la màxima informació rellevant per al cas.
- Dur a terme el **raonament clínic** sobre els resultats de l'avaluació, per poder fer una orientació diagnòstica correcta, i poder establir uns objectius de tractament adequats.
- Valorar la necessitat del **treball interdisciplinari**, per planificar la intervenció i decidir el moment en què cada professional ha de participar.

Treball interdisciplinari

En les alteracions orofacials s'han de coordinar diferents professionals i és imprescindible que hi hagi una **comunicació bidireccional**. Alguns dels professionals implicats poden ser l'otorrinolaringòleg, l'ortodontista, el maxil·lofacial i el dentista, entre altres.

Per poder fer una bona avaluació de les funcions orofacials es poden utilitzar diferents protocols, com són els tres que esmentem a continuació:

- MBGR (Genaro, Berretin-Felix, Rehder i Marchesan, 2009).
- PEMO «Protocolo de evaluación de la motricidad orofacial» (Susanibar, Dioses i Castillo, 2014).
- Anamnesi i fitxa d'avaluació miofuncional (Grandi i Donato, 2011).

Concretament, per a l'avaluació de la parla hi ha diferents proves i protocols, alguns dels més destacats són els següents:

- AREPA. Anàlisi del retard de la parla (Aguilar i Serra, 2015).
- AREHA. Anàlisi del retraso del habla (Aguilar i Serra, 2015).
- Evaluación fonológica del habla infantil (Bosch, 2004).
- Protocol PEFF-R (Susanibar, Dioses i Castillo, 2016).

A partir de l'avaluació i de l'extracció de la informació rellevant es comença a planificar el tractament oportú per a cada un dels pacients.

2.2. Tècniques i materials per a treballar davant les diferents disfuncions orofacials

2.2.1. Tipus de tractaments

El treball que cal fer en cada una de les funcions, després d'haver fet una avaluació acurada, de plantejar el diagnòstic i d'establir els objectius, depèn de les característiques i problemes individuals dels nostres pacients.

A partir d'aquest moment cal valorar quin tipus d'intervenció s'ha de fer. En aquesta intervenció es poden utilitzar diferents exercicis, materials i tècniques per a aconseguir els objectius marcats.

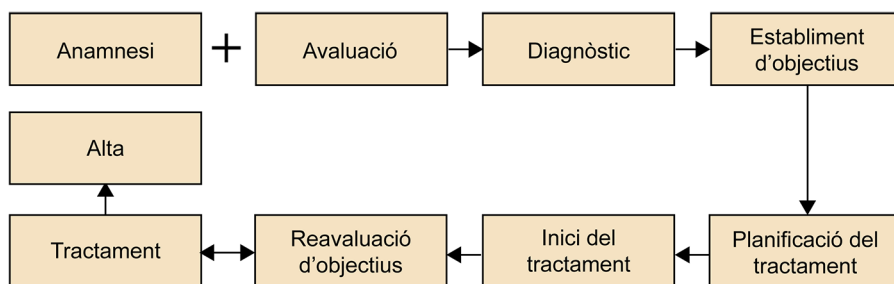
La selecció i utilització d'aquests exercicis, materials i tècniques no pot ser indiscriminada, sinó que ha de ser sempre raonada i justificada en funció del cas en què es treballa.

Hi ha diferents tipus d'intervenció segons el cas i la seva simptomatologia:

- **Tractament horitzontal:** es treballen diferents objectius al mateix temps, perquè estan interrelacionats i, per tant, es necessiten els uns als altres en el mateix moment per poder anar evolucionant positivament.
- **Tractament vertical:** no es treballa un objectiu fins que l'anterior no s'ha aconseguit, ja que un no es pot treballar sense tenir l'anterior adquirit.
- **Tractament cíclic:** es treballa per assolir un objectiu determinat durant un temps, després es canvia d'objectiu durant unes sessions, per reprendre de nou el treball inicial.

És imprescindible dur a terme la revaluació dels objectius i del tipus de tractament que s'està portant a terme en el moment que es consideri oportú, per tal d'aconseguir una millora important de la simptomatologia del pacient i evitar l'estancament del tractament, i fins i tot per avaluar el treball que s'està fent com a logopeda (gràfic 1).

Gràfic 1. Procés de tractament



Aquest procés de reavaluació s'ha de dur a terme les vegades que sigui necessari durant el tractament per aconseguir la millora oportuna del pacient.

2.2.2. Tipus de materials i tècniques

En aquest apartat es descriuen materials i tècniques relacionats amb les funcions de succió, respiració, deglució, masticació i parla.

Per començar, cal diferenciar els dos tipus de teràpia que s'apliquen en la motricitat orofacial (Gallo i Ramos, 2009; Justino, Berretin-Felix, Rojas, Rodríguez i Fernández, 2012):

- **Mioteràpia:** treball motor i/o sensitiv a través de diferents exercicis i tècniques per a millorar la tonicitat, l'agilitat, la sensibilitat i l'estabilitat muscular de les estructures òssies, per així facilitar la modificació de les funcions i promoure el creixement adequat a l'estructura cranial.
- **Teràpia miofuncional:** intervenció per a modificar la musculatura a través del restabliment de funcions estomatognàtiques.

D'altra banda, els diferents tipus d'exercicis (mioteràpia) que es poden dur a terme amb els pacients (Susanibar i Parra, 2011) són els següents:

- **Isotònics:** són indicats per a millorar la mobilitat i per a oxigenar i augmentar l'amplitud dels moviments.
- **Isomètrics:** permeten millorar la força dels músculs i són realitzats de forma lenta i moltes vegades mantenint la contracció.
- **Isocinètics:** són exercicis de contraresistència que serveixen per a augmentar la mobilitat i també la força.

No és necessari fer tots aquests exercicis en tots els casos, sinó que cal valorar i fer un raonament clínic del cas que s'està treballant per decidir quin és l'exercici més oportú i adequat per a aconseguir els objectius establerts després de l'avaluació.

Aquests materials i tècniques, en general, han de servir per a aconseguir els següents objectius:

- **Retornar l'equilibri** de la musculatura orofacial.
- **Relaxar o tonificar** la musculatura orofacial segons sigui necessari.
- **Modificar** els patrons de realització de les diferents funcions que estiguin alterades.
- **Suprimir** els hàbits lesius.

Hi ha també diferents tècniques per a treballar les diferents alteracions dels pacients, que es poden consultar a la taula 1.

Taula 1. Tècniques sense material per al treball logopèdic en motricitat orofacial

Pràxies específiques per a millorar la mobilitat, el to i la resistència de la musculatura orofacial	Exercicis isotònics, isomètrics, isocinètics de llengua, llavis, orbicular, buccinador, entre altres.
Manipulació sensoriomotora oral	Tocs facials, intraorals per a facilitar el moviment. Canvis de temperatura i gustos per a poder millorar la propiocepció.
Manipulació profunda sensoriomotora	Maniobres de desbloqueig Maniobres circulars Tàping Estímuls propioceptius (punts motors)
Massatges	Per a augmentar o disminuir la tonicitat o espasticitat.
Drenatge limfàtic	Per a facilitar la circulació.
Masticació	Treball muscular, propioceptiu, d'amplitud o disminució de moviment a través de la funció.

Pel que fa als materials, la taula 2 recull alguns dels que poden ajudar el logopeda a treballar sobre la motricitat orofacial del pacient que té a la consulta.

Cal tenir en compte que, en ocasions, les tècniques anteriors i els materials que s'exposen a continuació són de suport, i **es poden retirar sempre que ja no siguin necessaris**. També és imprescindible aclarir que tots aquests materials, **sense que hi hagi el raonament clínic del professional, no serveixen de res, per aquest motiu no es poden fer servir de forma indiscriminada**, sinó que s'ha de valorar quins són necessaris per al pacient que s'està tractant i quins no ho són.

Taula 2. Materials per a treballar la motricitat orofacial

Per al treball logopèdic en la motricitat orofacial	electromiografia bandatge neuromuscular làser electroestimulació vibradors facials vibradors intraorals
Per a afavorir el segellat labial i fomentar la respiració nasal	pantalla oral parallavi (<i>lip Bumper</i>) pa d'àngel depressors goma eva

Per a millorar la col·locació lingual i la seva tonicitat	aliments tipus Nutella, Nocilla, mel, entre altres, utilitzats de forma intraoral palets per a netejar les orelles pasta de generalització de col·locació lingual pa d'àngel gomes d'ortodòncia de diferent mida i gruix papallones linguals, boletes de col·locació lingual integrades en els aparells d'ortodòncia depressors afilador lingual
Per a modificar el mode respiratori (d'oral a nasal)	materials per a la higiene nasal (sèrum fisiològic, aigua amb sal, preparats per a la higiene nasal) espanta-sogres globus boles per bufar (<i>flow ball</i>) bombolles de sabó pantalla oral boletes de paper canyes depressors
Per a treballar sobre la masticació	aliments de fàcil o difícil masticació aliments per a augmentar l'amplitud dels moviments mandibulars i millorar la rotació mandibular gomes tubulars reixetes alimentàries <i>chew tubs</i> depressors
Per a treballar la deglució	gots culleres canyes líquids, semisòlids, sòlids xeringues pipetes gomes d'ortodòncia
Per a treballar la parla	gravacions d'àudio o vídeo fotografies dibuixos jocs sonors textos escrits jocs estructurats materials per al joc lliure mirall

A part de tot aquest material, com s'ha dit anteriorment, es poden fer exercicis isomètrics, isotònics o isocinètics per aconseguir millorar la mobilitat, la tonicitat i la resistència de la musculatura orofacial.

No hi ha una manera única i exclusiva d'utilitzar tots aquests materials i tècniques. Tenint en compte tots els aspectes esmentats anteriorment —el raonament clínic, la pràctica basada en l'evidència, el tipus de pacient, el tipus d'alteració, els objectius per a treballar, entre altres—, el logopeda en farà un ús diferent de la manera que consideri més oportuna per a cada pacient i considerant tant l'espai i el temps com la metodologia d'ús d'aquests materials.

Bibliografia

- Aguilar, E. M. i Serra, M. (2015). *AREHA. Análisis del retraso del habla (4ª ed.)*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Aguilar, E. M. i Serra, M. (2015). *AREPA. Anàlisi del retard de la parla (4a ed.)*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- American Academy of Pediatrics. (2012). *Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role* Pediatrics, 129, 394-404. Consultat des de <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394>.
- Antunes, D., Nunes, S. L., Fang, L., Herrera, A. i Díaz, A. (2011). Perspectiva del Odontólogo sobre la necesidad de unir la Logopedia a la Práctica Clínica *Rev Clin Med Fam*, 4(1), 11-18. Consultat des de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Baas, L. S. (2012). Patient-and family- centered care. *Heart & Lung*, 41(6), 534-535).
- Bosch, L. (2004). *Evaluación fonológica del habla infantil*. Barcelona: Masson.
- Castejón, L., Núñez, J. C. i González, J. A. (2004). Variables cognitivo-motivacionales y afectivas en intervención logopédica *Revista de Psicología general y aplicada*, 57(3), 299-314.
- Castejón, L., González, S., Núñez, J. C. i González, J. A. (2005). Motivación en la rehabilitación logopédica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 25(2), 72-83.
- Costa, E., Cortez, S. M., Azevedo, E. L. i Ikeda, P. M. (2006). INTER-RELAÇÃO ENTRE A ODONTOLOGIA E A FONOAUDIOLOGIA NA MOTRICIDADE OROFACIAL. *Revista CEFAL*, 8(3), 337-351. São Paulo: Instituto Cefac. Consultat des de <https://www.redalyc.org/pdf/1693/169320536011.pdf>.
- Gallo, J., Ramos Campiotto, A. (2009). Terapia miofuncional orofacial em crianças respiradoras orais. *Revista CEFAC*, 11(3), 305-310. Consultat des de <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000700005>.
- Grandi, D., Donato, G. (2011). *Terapia miofuncional. Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Lebón.
- Hernández, A. i de León, M. (2008). Habilidades terapéuticas en terapia de lenguaje. Relación terapeuta-paciente. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(1), 34-45.
- Justino, H., Berretin-Felix, G., Rojas, K. G., Rodríguez, K. i Fernandez, P. C. (2012). *Terapia fonoaudiológica en motricidad orofacial*. São José dos Campos: Pulso Editorial.
- Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P. i Ford, D. (2008). *Partnering with patients asnd families to design a patient-and family- centered health care system: Recommendations and promising practices*. Bethesda, Maryland: Institute for Family-Centered Care and the Institute for Healthcare Improvement.
- Marchesan, I. (2014) Protocolo de evaluación de Motricidad Orofacial. En: Susanibar F; Marchesan I; Parra D; Dioses A. *Tratado de evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines*. EOS: Madrid.
- Marchesan, I. Q. i Martinelli, R. L. (2016). Trastornos de los sonidos del habla - TSH: ¿Cómo el diagnóstico basado en evidencias influye en la intervención? Dins F Susanibar, A. Dioses, I. Marchesan, M. Guzmán, G. Leal i A. Bohnen. *Trastornos del habla de los fundamentos a la evaluación*. Madrid: Editorial EOS.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. W., Gray, J. A., Haynes, R. B. i Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(13), 71-72.
- Susanibar, F., Dioses, A. i Castillo, J. (2014). Evolución de Motricidad Orofacial. Dins: *Tratado de evaluación de motricidad orofacial y áreas afines*. Madrid: Editorial EOS.
- Susanibar, F., Dioses, A i Castillo, J. (2016). Evaluación de los trastornos de los sonidos del habla. Dins: F. Susanibar, A. Dioses, I. Marchesan, M. Guzmán, G. Leal, B. Guitar i A. Bohnen. *Trastornos del habla de los fundamentos a la evaluación*. Madrid: Editorial EOS.
- Susanibar, F. i Parra, D. (2011). *Diccionario terminológico de Motricidad Orofacial*. Madrid: Editorial EOS.

Susanibar, F., Parra, D. i Dioses, A. (2013). *Motricidad Orofacial. Fundamentos basados en evidencias* Madrid: Editorial EOS.