
El proceso de tratamiento

PID_00271300

Ester Rodríguez León
Ana Lou Moreno

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



Ester Rodríguez León

Ana Lou Moreno

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Ester Rodríguez León (2020)

Primera edición: febrero 2020
© Ester Rodríguez León y Ana Lou Moreno
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. Consideraciones generales.....	7
1.1. Práctica basada en la evidencia	7
1.2. Formación, conocimientos y experiencia del logopeda	8
1.3. Qué puede aportar el logopeda	9
1.4. Consideraciones y visiones sobre el paciente y su familia	10
1.4.1. El paciente	10
1.4.2. El paciente y su familia	11
2. El proceso de tratamiento.....	13
2.1. El tratamiento y su planificación	13
2.2. Técnicas y materiales para trabajar ante las diferentes disfunciones orofaciales	14
2.2.1. Tipos de tratamientos	14
2.2.2. Tipos de materiales y técnicas	15
Bibliografía.....	19

Introducción

Actualmente estamos asistiendo a un cambio de paradigma en la comprensión e intervención en las disfunciones orofaciales. La precisión de las nuevas técnicas y las evidencias científicas aportadas por estudios recientes ofrecen datos que ponen en cuestión muchas de las ideas que hasta ahora se consideraban acertadas. Esto también promueve una reflexión constante y cambios significativos en la forma de entender la práctica logopédica.

Un ejemplo de esta situación es la de las praxias orofaciales. Partimos de una herencia en la que los listados de praxias se utilizaban sin tener en cuenta al paciente ni sus especificidades. Pero esto hoy está cambiando, y hay un debate abierto y numerosos estudios que dan luz al respecto.

Así pues, la potenciación del razonamiento clínico apoyado por el análisis de las interconexiones entre diferentes aspectos y la consideración del paciente como un todo, con características específicas, han generado la necesidad de que los logopedas se tengan que especializar para poder abordar adecuadamente las alteraciones orofaciales (Susanibar, Marchesan, Parra y Dioses, 2014).

En este módulo se explica cuáles son las bases para una intervención logopédica eficaz, en la que el paciente y su familia tienen un papel tan importante como el logopeda y el entorno en el que desarrolla su actividad profesional.

También se ofrece una visión del proceso general de tratamiento en disfunciones orofaciales, los materiales y las técnicas de trabajo más útiles.

1. Consideraciones generales

Históricamente, la planificación del tratamiento se basaba en la experiencia clínica, pero en estos momentos esto resulta insuficiente y se pone el énfasis en la necesidad de diseñar prácticas de calidad basadas en la evidencia.

Así, no nos tenemos que centrar en los síntomas de forma aislada, sino que los tenemos que poner en relación, y por eso es preciso actualizar los conocimientos constantemente y desarrollar las competencias necesarias para el ejercicio de la profesión.

En este apartado aportamos algunas ideas generales sobre las características de la intervención logopédica y el papel del logopeda, el paciente y su familia en general, y también específicamente para la intervención en las disfunciones orofaciales.

1.1. Práctica basada en la evidencia

Sackett, Rosenberg, Gray y Haynes (1996), desde el ámbito de la medicina, definieron la práctica basada en la evidencia y plantearon que esta suponía la integración entre la experiencia clínica individual y la mejor evidencia externa existente.

La **experiencia clínica** individual se refiere a la competencia y la capacidad de razonamiento que se adquiere a través de la experiencia y la práctica clínica, la cual permitirá llevar a cabo la valoración y el diagnóstico de forma reflexiva y eficaz. Se trata de identificar y tener en cuenta las dificultades, necesidades, valores y preferencias de los pacientes para tomar decisiones ajustadas.

La mejor **evidencia clínica** externa existente se refiere a la investigación clínicamente relevante que valida o no los procesos diagnósticos y los tratamientos, entre otros.

Hay que remarcar que ninguno de estos dos conceptos es suficiente por él mismo. La evidencia externa sin la experiencia clínica puede hacer que las propuestas planteadas sean inviables o inadecuadas en un paciente concreto. Al mismo tiempo, la práctica puede estar poco actualizada y las técnicas utilizadas pueden ser ineficaces, lo cual repercute en el paciente.

Así pues, la práctica basada en la evidencia nos permite llevar a cabo intervenciones logopédicas mucho más eficaces, puesto que estas no solo se basan en el conocimiento clínico obtenido a través de la propia experiencia profesional,

sino que se integran con las mejores evidencias aportadas por las investigaciones sistemáticas que se llevan a cabo. Todo esto, sin perder de vista las necesidades, intereses y prioridades del paciente y su familia, y teniendo en cuenta también las características del contexto en el cual se produce la evaluación y la intervención (Marchesan y Martinelli, 2016; Susanibar, Parra y Dioses, 2013).

1.2. Formación, conocimientos y experiencia del logopeda

Para llevar a cabo una práctica profesional de calidad es imprescindible tener conocimientos actualizados sobre los diferentes problemas que tenemos que tratar y, como ya se ha comentado anteriormente, complementar nuestra experiencia con los datos aportados por estudios actuales con evidencia científica.

Al mismo tiempo, tenemos que realizar una **reflexión** constante, individual o compartida, con otros profesionales, y tenemos que mantener la **curiosidad**, la **autocrítica** y la **creatividad**. Estos elementos son imprescindibles para comprender en profundidad las funciones orofaciales y sus problemáticas, y para buscar soluciones y planificar la intervención.

En este caso, nos centraremos en pacientes de diferentes edades sin lesiones neurológicas, auditivas ni alteraciones cognitivas. Teniendo en cuenta esto, además de conocer el funcionamiento, tendremos que conocer los patrones de desarrollo considerados normales, las características propias de cada edad y, finalmente, las alteraciones que se pueden producir, así como las posibles soluciones.

Además, con los años de práctica clínica, los logopedas tenemos que desarrollar una serie de competencias profesionales y habilidades comunicativas para favorecer la relación entre el logopeda, el paciente, su familia y los diferentes profesionales.

Hernández y De León (2008) consideran que las habilidades terapéuticas y comunicativas necesarias para favorecer la interacción y que el logopeda tendría que desarrollar son:

- Los **recursos interpersonales**, como la empatía, el autoconocimiento, la autenticidad y la congruencia.
- Las **habilidades comunicativas**, como la escucha activa, el uso de preguntas abiertas, la capacidad de síntesis, la utilización del refuerzo y el estímulo verbal, y la tolerancia a la ambigüedad.

Conocimientos del logopeda

Hay una serie de conocimientos teóricos que son fundamentales para el tratamiento logopédico de las disfunciones orofaciales, los conocimientos anatómicos, fisiológicos, neurológicos, lingüísticos y cognitivos.

Todas estas habilidades, tanto terapéuticas como comunicativas, se tienen que utilizar ante cada uno de nuestros pacientes y sus familias. Es importante tener en cuenta que los problemas que trataremos se pueden producir en personas de todas las edades, desde neonatos hasta adultos, por eso estas competencias y habilidades se tienen que ajustar al interlocutor.

1.3. Qué puede aportar el logopeda

El logopeda, con conocimientos y experiencia clínica sobre un área concreta, aporta una visión muy global y general del paciente. Puede poner en relación datos que pasan desapercibidos a otros profesionales e, incluso, a logopedas sin experiencia.

Así, el logopeda hace una evaluación exhaustiva; mediante diferentes protocolos y pruebas recoge todos los datos necesarios y añade su experiencia en el campo, de forma que puede comprender la problemática en toda su extensión.

Posteriormente, aplica el **razonamiento clínico** haciendo uso de su capacidad de observación, reflexión, inferencia y juicio integral de los problemas para plantear el tratamiento más adecuado. Para facilitar este proceso podemos hacernos las preguntas siguientes:

- ¿Por qué le pasa? ¿Cuál es la problemática principal? ¿Qué aspectos influyen? ¿Cómo afectan?
- ¿Cómo lo puedo trabajar? ¿Cuáles son los objetivos principales? ¿Y los secundarios? ¿De qué manera se puede trabajar?

Para contestar a la primera batería de preguntas, el logopeda tiene que tener una visión integral del paciente, teniendo en cuenta tanto la sintomatología como sus características personales y necesidades. Esto le permite orientar el tratamiento. Durante el tratamiento podrá hacerse estas preguntas, siempre que lo considere oportuno, para que lo ayuden a replantear objetivos.

La segunda batería de preguntas está más dirigida a diseñar la intervención. Respondiendo a estas preguntas, el logopeda parte del análisis de lo que le pasa al paciente y por qué le pasa (busca la causa). De este modo, va más allá de los síntomas y puede establecer las relaciones de causa-efecto, y a partir de aquí, decidir por dónde empezar —siempre de manera justificada—, qué objetivos debe tener el tratamiento y cómo se pueden conseguir.

Así pues, el logopeda aporta conocimientos, experiencia, habilidades clínicas y relacionales a todos los tratamientos que realiza.

En relación con este último aspecto, las características profesionales y personales del logopeda influirán en la relación interpersonal que establezca con el paciente y su familia, para promover la motivación e implicación en el tratamiento y también en la participación en equipos interdisciplinarios.

En el planteamiento de la intervención, el logopeda también puede colaborar de forma activa con otros profesionales, en la toma de decisiones en relación con el tratamiento o tratamientos más adecuados en cada caso, así como con su secuenciación.

Por ejemplo, puede colaborar con el ortodoncista para decidir si es mejor empezar el tratamiento logopédico antes de la colocación de aparatos o después. O puede derivar al otorrinolaringólogo con la sugerencia de cirugía en un caso de frenillo lingual corto.

En este sentido, el trabajo interdisciplinario es un aspecto básico de la intervención logopédica en disfunciones orofaciales.

1.4. Consideraciones y visiones sobre el paciente y su familia

Ante una demanda de intervención, es esencial tener una visión holística de la persona, y también tenemos que considerar los aspectos personales, relacionales y sociales del paciente para poder adaptar el tratamiento a su problemática y sus necesidades.

En este apartado se consideran algunos aspectos relacionados con el paciente y su familia que hay que tener presentes, puesto que inciden en el buen funcionamiento de la intervención logopédica.

1.4.1. El paciente

Ya se ha comentado que el logopeda tiene que tomar en consideración tanto el trastorno como las características personales y sociales del paciente, lo cual implica que tiene que hacer una serie de adaptaciones en función de estas dos variables.

En primer lugar, el logopeda tiene que adaptarse al trastorno. Tiene que valorar la problemática y sus características, guiar la toma de decisiones en cuanto a la secuenciación de la intervención, los objetivos planteados, las actividades y materiales, e incluso la participación de otros profesionales.

En segundo lugar, tiene que adaptarse a la persona y a sus necesidades, planificando la intervención de forma personalizada y seleccionando, de manera ajustada, las estrategias, los materiales a utilizar y, sobre todo, la dinámica de las sesiones (Castejón, González, Núñez y González, 2005 y Castejón, Núñez y González, 2004).

Intervención conjunta de logopedas y odontólogos

Antunes, Nunes, Fang, Herrera y Díaz (2011) analizaron la opinión de diferentes profesionales de la odontología sobre la necesidad de la intervención conjunta de logopedas y odontólogos para poder hacer un mejor trabajo sobre los pacientes con alteraciones orofaciales. Uno de los datos obtenidos fue que todos los encuestados consideraron que era necesario unir las dos intervenciones, a pesar de que en la práctica diaria esto no siempre se producía.

Además, se puede potenciar la implicación del paciente en su proceso, teniendo en cuenta sus habilidades, su capacidad y su voluntad para responder a las demandas.

Castejón, González, Núñez y González (2005) proponen que, para favorecer la participación del paciente en el tratamiento y poder dar una respuesta adecuada a las diferentes situaciones que se generan durante las sesiones de tratamiento, debemos tener presente que la motivación se puede ver condicionada por los factores siguientes:

- **Las expectativas**, que responden a la pregunta ¿puedo hacerlo? Son las creencias que la persona tiene sobre su capacidad para llevar a cabo las tareas propuestas. Están relacionadas con la necesidad de sentirse competente y sentir que tiene el control de sus acciones.
- **Las metas**, que responden a la pregunta ¿por qué lo hago? Son los objetivos o propósitos que tiene la persona cuando se implica en las actividades, es decir, lo que quiere conseguir en el presente y también en el futuro.
- **Las emociones**, que responden a la pregunta ¿cómo me siento? Son reacciones afectivas y emocionales que la persona tiene cuando hace las actividades. Pueden ser negativas o positivas.

Hay que tener en cuenta estos tres parámetros a la hora de diseñar el plan de intervención y explicar al paciente el porqué y el cómo se hacen las diferentes actividades propuestas. También es imprescindible adaptarlas a su ritmo y nivel de competencia, para así poder asegurar el éxito del tratamiento planificado.

1.4.2. El paciente y su familia

En la atención logopédica a los niños, la familia tiene también un papel muy importante. Por eso, adoptar un modelo de atención centrado en el paciente y la familia (Baas, 2012) es de gran utilidad.

Este modelo se basa en la idea de que todas las partes son importantes. Considera que es fundamental potenciar la colaboración y la participación activa del paciente y su familia junto con el logopeda y los otros profesionales implicados. En este sentido, se valora que la información precisa que se da al paciente y a la familia es muy útil para que puedan participar en la toma de decisiones y colaborar en la implementación de la intervención (Baas, 2012).

Así, para que se pueda dar esta relación de colaboración que favorecerá el desarrollo del tratamiento, hay que tener en cuenta las perspectivas, los valores y las creencias de la persona y su familia a la hora de planificar e implementar la intervención (Johnson, Abraham, Conway, Simmons, Edgman-Levitan, Sodomka y Ford, 2008).

Hace falta, pues, dedicar un tiempo inicial a **recoger la información** necesaria para la toma de decisiones, **comprender las fortalezas y necesidades** de la persona y su familia, **establecer la relación y concretar los enfoques** de tratamiento, y explicarlos de forma que tanto el paciente como su familia los entiendan y sean capaces de llevarlos a cabo.

Posteriormente, podemos enseñar algunas estrategias para que la familia pueda participar activamente en el proceso y hacer el seguimiento del tratamiento en colaboración, favoreciendo así una comunicación efectiva para promover la mejora de los resultados (American Academy of Pediatrics, 2012).

Hay que tener en cuenta que no siempre encontraremos familias colaboradoras que apoyarán el proceso de rehabilitación logopédica, por lo que en alguna ocasión será mejor no incluirlas en la intervención. En los casos en los que el refuerzo positivo sobre el trabajo llevado a cabo en casa se convierte en negativo, es mejor dar la responsabilidad al paciente mismo, trabajar exclusivamente dentro de la sesión y no implicar a la familia.

2. El proceso de tratamiento

En este punto se hace una exposición general de los tratamientos de logopedia, y se explica cómo se tiene que hacer la planificación y algunos de los aspectos que hay que tener en cuenta para ello.

2.1. El tratamiento y su planificación

Antes de planificar un tratamiento, es imprescindible hacer una buena evaluación recogiendo también los aspectos mencionados anteriormente.

La planificación de un tratamiento se basa en las acciones siguientes:

- Hacer **las preguntas de la evaluación** que sean oportunas para poder extraer la máxima información relevante para el caso.
- Llevar a cabo el **razonamiento clínico** sobre los resultados de la evaluación, para poder hacer una orientación diagnóstica correcta, y poder establecer unos objetivos de tratamiento adecuados.
- Valorar la necesidad del **trabajo interdisciplinario**, para planificar la intervención y decidir el momento en el que cada profesional tiene que participar.

Trabajo interdisciplinario

En las alteraciones orofaciales se tienen que coordinar diferentes profesionales y es imprescindible que haya una **comunicación bidireccional**. Algunos de los profesionales implicados pueden ser el otorrinolaringólogo, el ortodoncista, el maxilofacial y el dentista, entre otros.

Para poder hacer una buena evaluación de las funciones orofaciales se pueden utilizar diferentes protocolos, como son los tres que mencionamos a continuación:

- MBGR (Genaro, Berretin-Felix, Rehder y Marchesan, 2009).
- PEMO, Protocolo de evaluación de la motricidad orofacial (Susanibar, Dioses y Castillo, 2014).
- Anamnesis y ficha de evaluación miofuncional (Grandi y Donato, 2011).

Concretamente, para la evaluación del habla hay diferentes pruebas y protocolos, algunos de los más destacados son los siguientes:

- AREPA, Análisis del retraso del habla (Aguilar y Serra, 2015).
- AREHA, Análisis del retraso del habla (Aguilar y Serra, 2015).
- Evaluación fonológica del habla infantil (Bosch, 2004).
- Protocolo PEFF-R (Susanibar, Dioses y Castillo, 2016).

A partir de la evaluación y de la extracción de la información relevante se empieza a planificar el tratamiento oportuno para cada uno de los pacientes.

2.2. Técnicas y materiales para trabajar ante las diferentes disfunciones orofaciales

2.2.1. Tipos de tratamientos

El trabajo que hay que hacer en cada una de las funciones, después de haber hecho una evaluación cuidadosa, de plantear el diagnóstico y de establecer los objetivos, depende de las características y problemas individuales de nuestros pacientes.

A partir de este momento hay que valorar qué tipo de intervención se tiene que hacer. En esta intervención se pueden utilizar diferentes ejercicios, materiales y técnicas para conseguir los objetivos marcados.

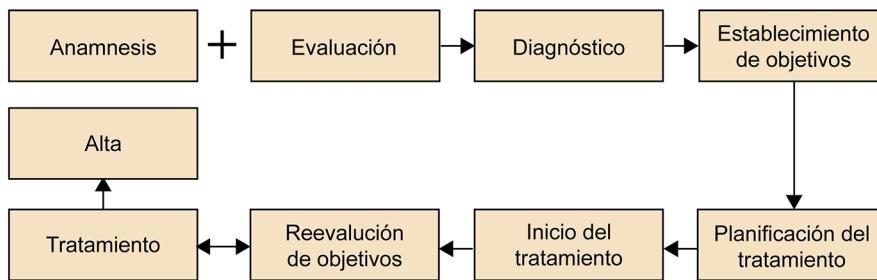
La selección y utilización de estos ejercicios, materiales y técnicas no puede ser indiscriminada, sino que tiene que ser siempre razonada y justificada en función del caso en el que se trabaja.

Hay diferentes tipos de intervención según el caso y su sintomatología:

- **Tratamiento horizontal:** se trabajan diferentes objetivos al mismo tiempo, porque están interrelacionados y, por lo tanto, se necesitan los unos a los otros en el mismo momento para poder ir evolucionando positivamente.
- **Tratamiento vertical:** no se trabaja un objetivo hasta que el anterior no se ha conseguido, puesto que uno no se puede trabajar sin tener el anterior adquirido.
- **Tratamiento cíclico:** se trabaja para lograr un objetivo determinado durante un tiempo, después se cambia de objetivo durante unas sesiones, para retomar de nuevo el trabajo inicial.

Es imprescindible llevar a cabo la reevaluación de los objetivos y del tipo de tratamiento que se está llevando a cabo en el momento en que se considere oportuno para conseguir una mejora importante de la sintomatología del paciente y evitar el estancamiento del tratamiento, e incluso para evaluar el trabajo que se está haciendo como logopeda (gráfico 1).

Gráfico 1. Proceso de tratamiento



Este proceso de reevaluación se tiene que llevar a cabo las veces que sea necesario durante el tratamiento para conseguir la mejora oportuna del paciente.

2.2.2. Tipos de materiales y técnicas

En este apartado se describen materiales y técnicas relacionados con las funciones de succión, respiración, deglución, masticación y habla.

Para empezar, hay que diferenciar los dos tipos de terapia que se aplican en la motricidad orofacial (Gallo y Ramos, 2009; Justino, Berretin-Felix, Rojas, Rodríguez y Fernández, 2012):

- **Mioterapia:** trabajo motor y/o sensitivo a través de diferentes ejercicios y técnicas para mejorar la tonicidad, la agilidad, la sensibilidad y la estabilidad muscular de las estructuras óseas, para así facilitar la modificación de las funciones y promover el crecimiento adecuado a la estructura craneal.
- **Terapia miofuncional:** intervención para modificar la musculatura a través del restablecimiento de funciones estomatognáticas.

Por otro lado, los diferentes tipos de ejercicios (mioterapia) que se pueden llevar a cabo con los pacientes (Susanibar y Parra, 2011) son los siguientes:

- **Isotónicos:** son indicados para mejorar la movilidad y para oxigenar y aumentar la amplitud de los movimientos.
- **Isométricos:** permiten mejorar la fuerza de los músculos y son realizados de forma lenta y muchas veces manteniendo la contracción.
- **Isocinéticos:** son ejercicios de contrarresistencia que sirven para aumentar la movilidad y también la fuerza.

No es necesario hacer todos estos ejercicios en todos los casos, sino que hay que valorar y hacer un razonamiento clínico del caso que se está trabajando para decidir cuál es el ejercicio más oportuno y adecuado para conseguir los objetivos establecidos después de la evaluación.

Estos materiales y técnicas, en general, tienen que servir para conseguir los siguientes objetivos:

- **Devolver el equilibrio** de la musculatura orofacial.
- **Relajar o tonificar** la musculatura orofacial según sea necesario.
- **Modificar** los patrones de realización de las diferentes funciones que estén alteradas.
- **Suprimir** los hábitos lesivos.

Hay también diferentes técnicas para trabajar las distintas alteraciones de los pacientes, que se pueden consultar en la tabla 1.

Tabla 1. Técnicas sin material para el trabajo logopédico en motricidad orofacial

Praxias específicas para mejorar la movilidad, el tono y la resistencia de la musculatura orofacial	Ejercicios isotónicos, isométricos, isocinéticos de lengua, labios, orbicular, buccinador, entre otros.
Manipulación sensoriomotora oral	Toques faciales, intraorales para facilitar el movimiento. Cambios de temperatura y gusto para poder mejorar la propiocepción.
Manipulación profunda sensorio-motora	Maniobras de desbloqueo Maniobras circulares <i>Taping</i> Estímulos propioceptivos (puntos motores)
Masajes	Para aumentar o disminuir la tonicidad o espasticidad.
Drenaje linfático	Para facilitar la circulación.
Masticación	Trabajo muscular, propioceptivo, de amplitud o disminución de movimiento a través de la función.

En cuanto a los materiales, la tabla 2 compila algunos de los que pueden ayudar al logopeda a trabajar sobre la motricidad orofacial del paciente que tiene en la consulta.

Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, las técnicas anteriores y los materiales que se exponen a continuación son de apoyo, y se **pueden retirar siempre que ya no sean necesarios**. También es imprescindible aclarar que todos estos materiales, **sin que aparezca el razonamiento clínico del profesional, no sirven de nada, por este motivo no se pueden usar de forma indiscriminada**, sino que se tiene que valorar cuáles son necesarios para el paciente que se está tratando y cuáles no lo son.

Tabla 2. Materiales para trabajar la motricidad orofacial

Para el trabajo logopédico en la motricidad orofacial	electromiografía vendaje neuromuscular láser electroestimulación vibradores faciales vibradores intraorales
Para favorecer el sellado labial y fomentar la respiración nasal	pantalla oral paralabio (<i>lip Bumper</i>) pan de ángel depresores goma eva
Para mejorar la colocación lingual y su tonicidad	alimentos tipo Nutella, Nocilla, miel, entre otros, utilizados de forma intraoral bastoncillos para limpiar los oídos pasta de generalización de colocación lingual pan de ángel gomas de ortodoncia de diferente medida y grosor mariposas linguales, bolitas de colocación lingual integradas en los aparatos de ortodoncia depresores afilador lingual
Para modificar el modo respiratorio (de oral a nasal)	materiales para la higiene nasal (suero fisiológico, agua con sal, preparados para la higiene nasal) matasuegras globos bolas para soplar (<i>flow ball</i>) pompas de jabón pantalla oral bolitas de papel cañas depresores
Para trabajar sobre la masticación	alimentos de fácil o difícil masticación alimentos para aumentar la amplitud de los movimientos mandibulares y mejorar la rotación mandibular gomas tubulares rejillas alimentarias <i>chew tubs</i> depresores
Para trabajar la deglución	vasos cucharas cañas líquidos, semisólidos, sólidos jeringas pipetas gomas de ortodoncia
Para trabajar el habla	grabaciones de audio o vídeo fotografías dibujos juegos sonoros textos escritos juegos estructurados materiales para el juego libre espejo

Aparte de todo este material, como se ha dicho anteriormente, se pueden hacer ejercicios isométricos, isotónicos o isocinéticos para conseguir mejorar la movilidad, la tonicidad y la resistencia de la musculatura orofacial.

No hay una manera única y exclusiva de utilizar todos estos materiales y técnicas. Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados anteriormente —el razonamiento clínico, la práctica basada en la evidencia, el tipo de paciente, el tipo de alteración, los objetivos para trabajar, entre otros—, el logopeda hará un uso diferente de la manera que considere más oportuna para cada paciente y considerando tanto el espacio y el tiempo como la metodología de uso de estos materiales.

Bibliografía

- Aguilar, E. M. y Serra, M. (2015). *AREHA. Análisis del retraso del habla* (4.ª ed.). Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Aguilar, E. M. y Serra, M. (2015). *AREPA. Anàlisi del retard de la parla* (4.a 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. Consultado desde <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394>.
- Antunes, D., Nunes, S. L., Fang, L., Herrera, A., y 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. Consultado desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100003&lng=se&nrm=iso&tlng=se.
- 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., y 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., y 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., e 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. Consultado desde <https://www.redalyc.org/pdf/1693/169320536011.pdf>.
- Gallo, J. y Ramos Campiotto, A. (2009). Terapia miofuncional orofacial em crianças respiradoras orais. *Revista CEFAC*, 11(3), 305-310. Consultado desde <https://doi.org/10.1590/s1516-18462009000700005>.
- Grandi, D. y Donato, G. (2011). *Terapia miofuncional. Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Lebón.
- Hernández, A. y 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., y 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., y Ford, D. (2008). *Partnering with patients and 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 F. Susanibar, I. Marchesan, D. Parra y A. Dioses *Tratado de evaluación de motricidad orofacial y áreas afines*. Madrid: Editorial EOS.
- Marchesan, I. Q. y Martinelli, R. L. (2016). Trastornos de los sonidos del habla - TSH: ¿Cómo el diagnóstico basado en evidencias influye en la intervención? En F. Susanibar, A. Dioses, I. Marchesan, M. Guzmán, G. Leal y 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., y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(13), 71-72.
- Susanibar, F., Dioses, A., y Castillo, J. (2014). Evolución de motricidad orofacial. En *Tratado de evaluación de motricidad orofacial y áreas afines*. Madrid: Editorial EOS.
- Susanibar, F., Dioses, A., y Castillo, J. (2016). Evaluación de los trastornos de los sonidos del habla. En F. Susanibar, A. Dioses, I. Marchesan, M. Guzmán, G. Leal, B. Guitart y A. Bohnen. *Trastornos del habla de los fundamentos en la evaluación*. Madrid: Editorial EOS.
- Susanibar, F. y Parra, D. (2011). *Diccionario terminológico de motricidad orofacial*. Madrid: Editorial EOS.

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