

Capítulo 1

Terapia miofuncional orofacial: Marco histórico

Jennifer Palacios
Diana Baeza
Lisdany Narváez

1.1 Fonoaudiología: Contexto histórico

Es necesario precisar el contexto histórico de la profesión de Fonoaudiología. Los orígenes de ésta, acontecen en países desarrollados como Estados Unidos y España. En EE.UU. en el año 1850, se inicia el reconocimiento de la profesión con la identificación de problemas de fluidez en médicos norteamericanos, siendo hasta el año 1872 que se reconoce formalmente como la profesión de patólogos del habla y del lenguaje, debido al interés por la rehabilitación comunicativa. En este mismo año, Alexander Graham Bell diseña un método conocido como “Visible Speech” el cual indicaba la posición de los órganos fonoarticuladores en la producción de los sonidos con el fin de detectar y abordar dificultades articulatorias. Por otro lado, en el periodo de 1975-2000 se realizó la llamada “Revolución pragmática” la cual reformula e incluye las prácticas comunicativas, teniendo en cuenta el contexto de los usuarios con desórdenes de la comunicación, ampliando la intervención más allá del modelo biológico (Dottor, 2015; Felson, 2011).

En España en el año 1600 se inician las intervenciones en educación para los “sordomudos” a través del desarrollo del habla, la escritura y los signos,

gracias al filósofo Huysmann quien reconoce la capacidad del sordo para comunicarse y aprender a través de otros medios, dando una perspectiva humanística al abordaje de las personas con esta deficiencia. Cien años después, en 1700 se reconoce las posibles etiologías de las deficiencias auditivas debido a la inmediatez por conocer las posibles causas de pérdida auditiva en los sordos. En el año 1900 el médico pedagogo Faustí Barbera promueve la educación e integración de los niños sordos junto con la creación del Colegio de Sordomudos de Madrid que opera bajo un marco normativo de derechos y disposiciones de dicha población. Finalmente, en el año 1960 con Perelló, fundador de la Asociación de Logopedia y Foniatría (AELFA), la fonoaudiología comienza a tener mayor fuerza en el abordaje de las alteraciones lingüísticas y el tratamiento pedagógico de problemas del lenguaje (Gutiérrez, 1997; Sánchez y Ortuño, 2015).

A pesar que los inicios de la Fonoaudiología se remonten en EE.UU y España, también se conoce que en Gran Bretaña en los años 70 los fonoaudiólogos eran considerados como “Auxiliares médicos”; no obstante, en la búsqueda de su identidad encontraron afinidad no sólo con la medicina sino con la educación, la psicología, el teatro y la lingüística. En el año 1800 la Fonoaudiología se convierte en una profesión con influencias desde la filosofía y la oratoria, al mismo tiempo que se generan diferentes posturas en relación con el manejo de la persona sorda y la tendencia a la oralización, siendo los británicos los pioneros en este enfoque (Rockey 1979).

Por otro lado, en Irlanda en el año 1950 el médico Christy Brown se interesa por el tratamiento de los desórdenes de comunicación centrados en el trabajo de niños con parálisis cerebral, convirtiéndose en un profesional formador de otros terapeutas; en este mismo año se crea el Colegio de Terapistas de Habla de Irlanda, pero sólo diez años después se formaliza un programa de educación en terapia de habla bajo el control del Departamento de Salud, administrado por el Consejo Nacional de Rehabilitación (Dottor, 2015).

1.2 Fonoaudiología en Latinoamérica

El desarrollo de la Fonoaudiología en Latinoamérica comienza en Argentina a finales de los años noventa; la profesión nace como auxiliar del otorrinolaringólogo para la evaluación y rehabilitación de patologías de la audición, voz y lenguaje. En el año 1937 se crea la Escuela Municipal de Fonación en el Hospital Rawson, allí se realizan cursos para especializar a profesoras en la atención de pacientes con patologías de voz, audición y lenguaje. En el año 1947 se crea el Instituto de Foniatría en Buenos Aires para atender personas con problemas de voz y lenguaje y en 1948 el Dr. Tato crea un curso para la formación de Técnicos de Audiometría en el Hospital Rivadavia, destinado a profesores de sordos (Martínez et al., 2006).

En el año 1951 el Dr. Quirós crea la Escuela Superior de Fonoaudiología, con un nivel de formación de carácter técnico, no obstante, en el año 1962 se profesionaliza y se crean programas posgraduales; además a medida que avanza la profesión se incluyen dentro de los planes de estudio entrenamientos en la evaluación de la audición (Dottor, 2015). En 1959 se crea la carrera de Fonoaudiología en la Universidad del Salvador, donde los planes de estudio comprendían inicialmente tres años de duración y se ampliaron a cinco años con la creación de licenciaturas durante la década de 1980, donde al mismo tiempo se empieza a investigar sobre las hipoacusias en niños, los implantes cocleares y las alteraciones fonéticas y fonológicas en pacientes con afasia (Martínez et al., 2006).

En Brasil, alrededor del año 1930, corrientes nacionalistas buscan la forma de homogenizar la lengua materna, el portugués, puesto que con la llegada de inmigrantes se introdujeron muchas impurezas, extranjerismos y formas dialectales a la lengua patria; es así como surge la necesidad de un profesional el cual se ocupe de la eliminación de los “defectos” en la lengua. Sin embargo, no fue sino hasta el año 1960 donde se formalizó la profesión de Fonoaudiología de carácter tecnológico; el 9 de diciembre de 1981 se firma la ley 6965, que determina al fonoaudiólogo como el profesional que actúa en investigaciones, prevención, evaluación y terapias en las áreas de comunicación oral-escrita, voz y audición, así como en el perfeccionamiento de los patrones de habla y voz (Martínez et al., 2006).

Por otro lado, en el año 1955 en Chile, surge la idea a partir de inquietudes de un grupo de otorrinolaringólogos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile de formar un profesional especializado en problemas de comunicación oral. Entre 1956 y 1958 se realiza el primer curso de Fonoaudiología, en el cual participaron como docentes, médicos otorrinolaringólogos de la Universidad de Chile y dos fonoaudiólogas argentinas. Posteriormente, en el año 1958 egresa el primer grupo con el título de “Fonoaudiologistas”; esta actividad estuvo en receso hasta 1972, cuando se abre la carrera de Fonoaudiología en la Universidad de Chile con un currículo con orientación técnica y de colaboración a la función del médico. En 1995 se pone en marcha un nuevo currículo, se agrega un quinto año y se otorga el grado de Licenciado en Fonoaudiología (Martínez et al., 2006).

En este mismo sentido, en Venezuela la terapia del lenguaje se remonta al año 1956 con la creación del Centro Diagnóstico de Trastornos de la Comunicación, actual Instituto Venezolano de la Audición y el Lenguaje (IVAL). En el año 1968 se certifican profesionales como “Maestro de Niños Sordos y Terapeuta de Lenguaje” siendo el (IVAL) la única institución que ofrece y certifica esta formación. Sólo hasta al año 1972, las carreras adquieren el nivel de Técnico Superior Universitario. Sin embargo se ha evidenciado poco avance de la profesión, ya que la agremiación vigente no ha sido renovada y cuenta con pocos profesionales adscritos al programa, debido a que el carácter técnico impide acceder a estudios de postgrado.

1.3 Fonoaudiología en Colombia

En Colombia, la fonoaudiología nace con la necesidad de abordar dificultades de la comunicación de niños sordos, estando supeditada a especialidades médicas desde la foniatría y la otorrinolaringología. En el año 1965 el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, acogió al Instituto Colombiano de la Audición y el Lenguaje conocido como ICAL, y ofreció un primer curso para la formación de auxiliares basado en proyectos de rehabilitación de niños y jóvenes con dificultades de lenguaje y la atención a la educación de niños sordos con el propósito de preparar personas para terapia de lenguaje (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Luego, en el año 1966 se crea el programa de Fonoaudiología junto

al programa de Fisioterapia con el fin de formar la mencionada Escuela Colombiana de Rehabilitación; en el mismo año se abre el programa de Fonoaudiología en la Universidad Nacional de Colombia, ligado a la Facultad de Medicina y con vínculos con el Hospital de La Misericordia (Martínez et al., 2006).

A su vez, en el año 1968, la Escuela Colombiana de Rehabilitación en convenio con la Universidad del Rosario inicia un programa de formación a nivel universitario que duró hasta 1995, dando paso a programas independientes, puesto que la Escuela Colombiana de Rehabilitación – ECR– asume plena autonomía y se organiza como institución de educación superior. Simultáneamente, en el año 1976 la Universidad Nacional logra elevar la formación a nivel profesional con el aumento de un año más de formación y el trabajo en investigación como opción de grado. En 1977, la Universidad Católica de Manizales abre el programa otorgando el título de Fonoaudiólogo (Dottor, 2015).

En el año 1997 gracias al trabajo de diferentes programas y de la Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia de lenguaje –ACFTL– se logró concretar la Ley 376 con el fin de generar un movimiento en todo el país hacia la profesionalización con el fin de que las instituciones que ofrecían programas de carácter técnico y tecnológico se promovieran a nivel universitario. De igual forma, ante la necesidad de establecer criterios de formación en Fonoaudiología de los diferentes programas del país, en el año 1999 se empieza a constituir la Asociación Colombiana de Facultades de Fonoaudiología (ASOFON), como una organización de carácter académico creada para promover el progreso de la educación superior en Fonoaudiología en el país (Cuervo, 1998).

Según el Sistema de Información de la Educación Superior –SNIES– del Ministerio de Educación, se han gestado cerca de quince programas de Fonoaudiología en diferentes ciudades del país: cinco en Bogotá, uno en Cartagena, uno en Barranquilla, dos en Bucaramanga, dos en Cali, uno en Popayán, uno en Medellín, uno en Sincelejo y uno en Pamplona, siendo el 33% perteneciente al sector oficial y sólo el 20% con acreditación de alta calidad, la mayoría tiene entre nueve y diez períodos académicos (SNIES, 2015).

1.4 Contexto histórico: Motricidad orofacial y terapia miofuncional orofacial

En el ejercicio profesional, el fonoaudiólogo realiza funciones de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, intervención y asesoría en las áreas de lenguaje, audición, habla, voz y función oral-faríngea; soportado en el sólido conocimiento de su objeto de estudio: la comunicación humana, sus variaciones y desórdenes en las diferentes etapas del ciclo vital a nivel individual y grupal. Cuenta a su vez con diferentes técnicas y estrategias de intervención que se ajustan a cada uno de los diagnósticos participando además en diferentes equipos interdisciplinarios en los procesos de rehabilitación.

En Europa y Norteamérica a finales del siglo XIX se comenzó a estudiar de forma científica la masticación, la oclusión dental y la función orofacial. En 1899 Angle describió y clasificó diversos tipos de maloclusión, señalando que algunos problemas terapéuticos de la ortopedia maxilar radicaban en la interposición lingual y la respiración oral. En 1900 la terapia miofuncional tiene un paralelismo con el tratamiento de ortodoncia, esto debido a los constantes interrogantes de estos profesionales por encontrar los factores de recidiva de la mal oclusión, como también para identificar alternativas de solución a las mismas (Moeller et al., 2014).

En 1912 Nadoleczny observó por primera vez una relación funcional entre los trastornos de los movimientos linguales y la aparición de anomalías dentomandibulares, siendo Rogers en 1928 quien advirtió a los ortodoncistas sobre la relación existente entre la musculatura orofacial y la maloclusión, indicando la necesidad y las ventajas de implementar un proceso de reeducación muscular como alternativa positiva en el tratamiento conjunto a la corrección mecánica de la maloclusión. En 1970 Garliner consolida la terapia miofuncional incluyendo técnicas específicas de evaluación muscular (Bigenzahn, 2004).

En 1975 la Asociación Americana de Lenguaje, Habla y Audición, (ASHA) junto con la Asociación Americana de Ortodoncistas, reconocen el interés común de la fonoaudiología y la odontología en un estudio de las condiciones, terminologías y prácticas profesionales asociadas a los

patrones oral-facial-faríngea y la función relacionada con el habla y la oclusión. En 1978, Segovia presenta un esquema de evaluación muscular y diagnóstico para los trastornos de las funciones orofaciales (deglución-articulación y respiración) y posteriormente consolida la interrelación entre fonoaudiología y odontología.

Enlow en 1984 propone la teoría de la fuerza del crecimiento facial, la cual sustenta que las estructuras óseas faciales no crecen en forma independiente, sino que el crecimiento es influenciado por la matriz funcional del tejido blando que recubre los tejidos óseos; sin embargo, en 1987 Bondi concibe de manera más completa el trastorno de oclusión, contemplando no solo la cavidad oral sino también aspectos relacionados con postura y tono corporal general.

El fonoaudiólogo especialista en motricidad orofacial actúa en la prevención y rehabilitación del sistema estomatognático relacionado directamente con la respiración, expresión facial, deglución, succión, masticación y habla, trabajando con la musculatura de la cara, boca y lengua en equipos multidisciplinarios compuestos por otorrinolaringólogos, ortodoncistas, etc. Esta especialidad tiene sus inicios en Brasil, aunque en un principio no estaba formalizada dicha práctica, ya que sólo se desempeñaba en casos de parálisis cerebral (Villanueva, 2015). Siendo solo hasta 1996 cuando el Consejo Federal de Fonoaudiología (CFFa) reconoce formalmente la Motricidad Orofacial (Parra, 2017).

Por otro lado, en Chile la Motricidad Orofacial comienza a reconocerse en el año 1972 en la facultad de Odontología de la Universidad de Chile, a través de la cátedra de traumatología y prótesis maxilofaciales donde se impartían temas relacionados con el sistema estomatognático, lo que permitió al fonoaudiólogo Braulio Gómez atender junto a ortodoncistas, niños con trastornos de labio y paladar fisurado. Solo hasta el año 2001 se crea la Unidad de Motricidad Orofacial por la fonoaudióloga Pía Villanueva (Parra, 2017). Continuando en el contexto latinoamericano, en Argentina en 1969 se inicia un trabajo interdisciplinario con odontología y cirugía plástica, en el cual se realizan investigaciones conjuntas sobre las alteraciones y malformaciones maxilofaciales que alteran la comunicación oral haciéndose necesaria la integración del profesional en fonoaudiología.

En 2011 se inicia la especialidad de Motricidad Orofacial, también llamada Fonoestomatología en la Universidad de Buenos Aires. A su vez, en Perú, entre los años 1995 y 1996 se dinamiza el concepto de Motricidad Orofacial por la necesidad académica de un grupo de licenciadas en Terapia de Lenguaje de la Universidad Nacional Federico Villareal (UNFV), quienes empiezan a trabajar y rehabilitar las funciones alteradas de aquellos pacientes con disturbios en la alimentación postrauma o accidente cerebrovascular que se atendía en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Mientras tanto en el año 2000 el ortodoncista Dr. Augusto Sato llega al Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje (CPAL) con el propósito de encontrar profesionales que pudieran trabajar las funciones orales, bajo el paradigma del trabajo multidisciplinar, donde el ortodoncista estabiliza la forma y requiere del trabajo de un fonoaudiólogo o especialista para estabilizar el complejo orofacial (Parra, 2017).

En este mismo año la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, crea un programa curricular de posgrado con una duración de dos años titulado “Especialización en terapia miofuncional y disfagia” con el fin de contribuir a la formación de personal científico altamente capacitado en la intervención terapéutica de los desórdenes miofuncionales orofaciales y la disfagia, mediante la profundización, ampliación de conocimientos y desarrollo de habilidades para la producción investigativa en torno a la función oral-faríngea (Viviescas, 2004).

Universidades colombianas como la Universidad Manuela Beltrán sede Bucaramanga, y la Fundación Universitaria María Cano, sede Medellín, en los años 2015 y 2017 respectivamente han ofertado diplomados en Terapia Miofuncional buscando profundizar los conocimientos teórico prácticos en el área, permitiendo abordar las alteraciones del habla para la evaluación, diagnóstico y rehabilitación desde un enfoque integral y multidisciplinar contemplando diferentes actividades académicas como seminarios investigativos, conferencias magistrales, talleres, análisis de casos y conversatorios (Olguín, 2015; Herrera, 2017).

En la actualidad los postgrados, especializaciones y/o cursos de Terapia Miofuncional ofertados en la Universidad del Valle, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Manuela Beltrán y Fundación Universitaria

María Cano se encuentran inactivos, siendo el diplomado “Terapia miofuncional orofacial en la práctica dental” dictado por la Universidad CES a partir de Noviembre del 2018 el único activo, en modalidad presencial, con una duración de 101 horas, que tiene el objetivo de ofrecer al profesional en Fonoaudiología, la preparación y entrenamiento necesario para el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes miofuncionales orofaciales (Mosquera, 2018).

1.5 Fonoaudiología y terapia miofuncional orofacial

El rol del fonoaudiólogo en los desórdenes del habla compromete la participación en aspectos relacionados con la sensibilidad, propiocepción, fuerza y resistencia de los órganos fonoarticuladores: labios, lengua, mandíbula, mejillas, paladar, velo, borla del mentón. En este sentido, la motricidad orofacial es el campo de acción del fonoaudiólogo en el estudio, investigación, prevención, evaluación, habilitación y rehabilitación de las alteraciones congénitas o adquiridas en el imbalance muscular orofacial y las funciones estomatognáticas (succión, deglución, masticación y respiración), desde la gestación hasta el proceso de envejecimiento natural. Pese a la falta de publicaciones realizadas al respecto, las existentes datan la importancia de estandarizar criterios con respecto a la evaluación y el diagnóstico de las diferentes alteraciones del habla. Las evaluaciones complementarias y los exámenes de alta y baja complejidad contribuyen al diagnóstico y a la planeación del tratamiento, donde se sugieren instrumentos validados, objetivos y de fácil manejo, que sirvan como herramienta de investigación para futuras publicaciones en el área y de esta manera documentar el rol del fonoaudiólogo en la terapia miofuncional orofacial.

La terapia miofuncional es una rama de la Fonoaudiología que se puede definir como el proceso de intervención terapéutica, el cual implementa y desarrolla un conjunto de procedimientos y técnicas encaminadas a favorecer el equilibrio y la coordinación del sistema estomatognático tanto en reposo como en función, promoviendo acciones de mecanización de patrones óptimos de comportamiento muscular, eliminación de hábitos orales inadecuados y corrección de desequilibrios musculares orofaciales, siendo el eje central de los procesos terapéuticos miofuncionales (Corral,

2010). Además, es una disciplina que no sólo se encarga de la corrección de disfunciones del complejo orofacial, sino que también realiza acciones de prevención, evaluación y diagnóstico del sistema estomatognático en personas, desde el nacimiento hasta la edad adulta. A su vez, es una disciplina que colabora en los tratamientos de pediatría, odontopediatría, ortodoncia, ortopedia maxilar y otorrinolaringología, entre otras.

Las técnicas y principios de esta terapia pueden ser utilizados de forma independiente en trastornos orofaciales o en combinación con otras formas de terapia, entre ellas la ortodoncia. Varios estudios realizados con respecto a la eficacia de esta combinación evidencian mejoría importante con respecto al desarrollo de las funciones estomatognáticas; esto evidenciando la importancia de un manejo interdisciplinar en los diferentes diagnósticos que se puedan encontrar en los profesionales de la salud. De igual manera, esta terapia resulta con efectos positivos en reducción significativa de la sensibilidad del dolor a la palpación de todos los músculos del tercio inferior orofacial, ampliación de rangos de movilidad y reducción de signos y síntomas asociados con trastornos oromotores (Felfcio, Oliveira, Moreira, 2010 y Honem y Vieira, 2014).

Desde el punto de vista de salud pública, una forma clásica de prevención primaria para mejorar la salud y la calidad de vida del individuo es la terapia miofuncional orofacial. Esta permite establecer nuevos patrones neuromusculares, corrección de las posturas en función y en reposo, corrección de patrones durante la alimentación y eliminación de hábitos nocivos que deben estar considerados en los objetivos terapéuticos con fines reevaluativos.

1.6 Datos Investigativos

- En un estudio realizado entre el 2012 y 2013 en el Hospital de Lovonia, Bélgica con 22 niños (once varones, once mujeres; rango de edad 7.1 -10.6 años) con el objetivo de estudiar el efecto de la terapia miofuncional en el diagnóstico de la mordida abierta anterior; se concluye el cambio significativo de la fuerza de elevación de la lengua, la postura de la misma en reposo y la posición esperada durante la ingesta de alimentos sólidos.

- Diaferia, et al. publicaron un estudio en el año 2016 con el objetivo de evaluar el efecto de la terapia miofuncional en el cumplimiento de la presión positiva de la vía continua de la vía aérea en pacientes con apnea obstructiva del sueño; los resultados sugieren que la terapia miofuncional es una opción terapéutica para reducir la severidad de la apnea, especialmente en casos severos. Además puede dar apoyo y orientación en cuanto a los efectos secundarios durante el tratamiento con dispositivos de presión positiva en la vía aérea.
- Villa et al realizaron una investigación, publicada en el año 2017, con el objetivo de conocer la efectividad de la terapia miofuncional en la reducción de los síntomas respiratorios en niños con trastornos del sueño. Investigación que se llevó a cabo con 54 niños con trastornos del sueño a los cuales se les hizo evaluación miofuncional incluyendo el instrumento de rendimiento oral (IOPI) y la oximetría nocturna antes y después, se concluye que los ejercicios orofaríngeos parecen modificar efectivamente el tono de la lengua, reducir los síntomas de trastorno del sueño y respiración oral, aumentar la saturación de oxígeno y por lo tanto poder desempeñar un papel importante en el tratamiento de estos trastornos.

Referencias Bibliográficas

- Benkert, K (1997). The effectiveness of orofacial myofunctional therapy in improving dental occlusion. *Int J Orofacial Myology*, 23, 35-46.
- Bigenzahn, W. (2004). *Disfunciones orofaciales en la infancia: Diagnostico, terapia miofuncional y logopedia*. Barcelona, España: Editorial Ars Médica
- Corral, N. (2010). *Manual de terapia miofuncional: Prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de desórdenes orofaciales*. República Dominicana: UNIBE
- Cuervo, C. (1998). *La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional*. Bogotá, Colombia
- Diaferia, G., Santos-Silva, R., Truksinas, E, Haddad, F, Santo, R., Bommarito, S., Grerogrio, L., Tufik, S y Bittencourt, L. (2017). Myofunctional therapy improves adherence to continuous positive airway pressure treatment. *Sleep and Breathing* 21, 387-395.

- Dottor, L. (2015). El ethos de la fonoaudiología en Colombia: un análisis desde la bioética. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
- Felfcio, M., Oliveira Melchior, M., Moreira, M. (2010). Effects of Orofacial Myofunctional Therapy on Temporomandibular Disorders. *The journal of craniomandibular practice*, 28(4).
- Felson, J. (2002). What do you know about your profession's history?. *The Asha Leader*.
- Gutiérrez, I. (1997). *Introducción a la Historia de la Logopedia*. Madrid, España: Narcea S.A.
- Herrera, I., y Ballesteros, M. (2017). Tratamiento ortodóntico-quirúrgico en paciente clase III esquelética con asimetría facial severa. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 5 (2), 116-124.
- Honem, M., Vieira-Andrade, R., Falci, S., Ramo, J. Y Marques, L. (2014). Effectiveness of orofacial myofunctional therapy in orthodontic patients: a systematic review. *Dental Press Orthod*, 19 (4), 9-94.
- Martínez, L., Hernández R., Martínez L., Cerutti M. y Malebrán C. (2006). La logopedia en Iberoamérica, Congreso de Logopedia, Foniatría y Audiología. Granada, España.
- Minsalud. (2014). Perfil del Fonoaudiólogo.
- Moeller, J., y Coceani, L. (2014). Myofunctional Therapy A Novel Treatment of Pediatric Sleep-Disordered Breathing. *Sleep Medicine Clinics*, 9(2), 235-243.
- Mosquera, K. (2018). Diplomado en terapia miofuncional orofacial en la práctica dental.
- Olguín, C. (2015). Diplomado en Terapia Miofuncional.
- Parra, D. (2017). Historia de la motricidad orofacial en Latinoamérica.
- Rockey, D. (1979). John Thelwall and the Origins of British Speech Therapy. *Medical History*, 2, 156-175.
- Sánchez, P., y Ortuño, A. (2015). De la atención de los problemas de la audición y lenguaje a la logopedia como disciplina. *Revista Iberoamericana de educación*, 67 (1), 169-186
- SNIES. (2015). Módulo Consultas por programa. Ministerio de Educación.
- Susanibar, f., Santos, R., y Marchesan, I. (2017). International Orofacial Motricity Dary. *Revista CEFAC*, 19(1), 1-4.

- Van Dyck, C., Dedeysen, A., Vantricht, E., Manders, E., Goeleven, A., Fieuws, S y Willems, G. (2016). The effect of orofacial myofunctional treatment in children with anterior open bite and tongue dysfunction: a pilot study. *European Journal of Orthodontics*, 227–234 doi:10.1093/ejo/cjv044
- Villa, P., Evangelisti, M., Martella, S., Barreto, M., y Pozzo, M. (2017). Can myofunctional therapy increase tongue tone and reduce symptoms in children with sleep-disordered breathing? *Sleep and Breathing*, 21(4), 1025 -1032.
- Villanueva, P. (2005). *Estrategias terapéuticas en la disfunción evolutiva de la deglución*. Brasil: Pulso Editorial
- Viviescas, F. (2004). *Especialización en terapia miofuncional y disfagia*.