


	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 1 de 25

MANUAL DE GUÍA CLÍNICA DE TERAPIA PARA LABIO Y/O PALADAR HENDIDO

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefe Servicio de Terapia de voz, habla y deglución	Jefe de División de Terapia de Comunicación Humana	Subdirectora de Audiología, Foniatria y Patología del Lenguaje
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 2 de 25

1 Propósito

Establecer los lineamientos para elaborar de forma sistemática el proceso de atención que se sigue en el manejo del labio y/o paladar hendido, siendo una de las patologías de Voz, Habla y Deglución. Se describe la enfermedad, proceso diagnóstico clínico y manejo terapéutico, para estandarizar el conocimiento de métodos, técnicas y estrategias con miras a disminuir el tiempo de intervención terapéutico. Las presentes recomendaciones han sido elaboradas para apoyar la toma de decisión integral del equipo de profesionales. La integración de los diversos especialistas, centrada en el paciente forma parte del éxito terapéutico y la calidad y de vida.

2 Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal del Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglución del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

3 Responsabilidades

- **Directora:**

- ✓ Verificar el cumplimiento del procedimiento
- ✓ Proporcionar los recursos necesarios para llevarla a cabo

- **Subdirector:**

- ✓ Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- ✓ Brindar los recursos necesarios.

- **Jefe de Servicio:**



- ✓ Elaborar la guía del padecimiento
- ✓ Supervisar el cumplimiento de la misma
- ✓ Procurar el cumplimiento de la misma

- **Licenciado Terapeuta Adscrito:**

- ✓ Ejecutar la guía
- ✓ Participar en la revisión

4 Políticas de operación y normas Control de Cambios

Del presente documento se hará cada dos años o antes si fuera necesario, por lo cual las sugerencias y comentarios deberán dirigirse a la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 3 de 25

5 Definición




LABIO Y PALADAR HENDIDO

Las fisuras labio palatinas constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación. Existen diferentes grados de severidad que comprenden fisura de labio, fisura labio palatina y fisura palatina aislada. La fisura labio palatina (FLP) es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y se produce por la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar, durante el desarrollo embrionario la boca primitiva inicia su formación entre los 28 y 30 días de gestación con la migración de células desde la cresta neural hacia la región anterior de la cara. Entre la quinta y la sexta semana los procesos frontonasaes y mandibulares derivados del primer arco faríngeo forman la boca primitiva. Posteriormente los procesos palatinos se fusionan con el tabique nasal medio formando el paladar y la úvula entre los 50 y los 60 días del desarrollo embrionario. De acuerdo a su etiología, el momento en el desarrollo embrionario en que se producen y sus características epidemiológicas, las FLP se clasifican en cuatro grupos: fisuras pre palatinas o de paladar primario (que puede afectar el labio con o sin compromiso del alvéolo) fisuras de paladar secundario (que pueden comprometer el paladar óseo y/o blando), mixtas (con compromiso del labio y paladar) y fisuras raras de menor ocurrencia.

6 Diagnóstico

Estos pacientes presentan alteraciones fisiopatológicas permanentes debido a la comunicación de la boca con las fosas nasales, ocasionando dificultad en la succión de líquidos por lo que son comunes las broncoaspiraciones y las infecciones frecuentes de oído medio. El factor mecánico lo constituye la irritación que provocan los alimentos al entrar fácilmente en contacto con el orificio faríngeo de la Trompa de Eustaquio, lo que produce inflamaciones que cierran la luz del conducto y facilitan la infección. Además, en los casos de labio hendido completo y fisura palatina ocurre una pérdida de audición superior a los 10 decibeles, misma que parece crecer en progresión aritmética a medida que aumenta la edad en la que se realiza la reconstrucción del paladar anterior y posterior. También presentan alteraciones en la succión, deglución y masticación así como en las características de la voz como son; en tono, intensidad, timbre, ritmo, entonación y prosodia. Alteraciones en los mecanismos de la Respiración como insuficiencia respiratoria, inversiones del patrón respiratorio e incoordinación neumofónica. Alteraciones en el tono muscular corporal, músculos de cabeza y cuello, postura, equilibrio y enderezamiento. Dificultades en los rasgos distintivos para la articulación de los fonemas.

Se han realizado estudios de labio y/o paladar hendido en los cuales fueron encuestados pacientes con edades entre 4 y 12 años y encontramos que todos tenían un habla inteligible, con elementos disglósicos de distorsión, omisión y sustitución de fonemas. Al evaluar la articulación aislada, los fonemas afectados en los distintos niveles articulatorios fueron los que se exponen en

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 4 de 25

la tabla y se establecieron distintos niveles en los cuales se encontraron 99 errores articulatorios y se saco el porcentaje de fonemas mal articulados según el nivel articulatorio.

Nivel I		Nivel II		Nivel III		Nivel IV	
Fonemas mal articulados	%	Fonemas mal articulados	%	Fonemas mal articulados	%	Fonemas mal articulados	%
P	12.1	T	3	Y	3	J	3
B	9.1	D	6.1				
M	9.1	L	9.1				
F	9.1	S	18.2				
		R	12.2				
12 PACIENTES		3 PACIENTES		3 PACIENTES		3 PACIENTES	




Fuente: Encuesta aplicada. El porcentaje representa el error de percepción de cada fonema.

Hay que tener en cuenta que todos los fonemas articulados comprendidos en los cuatro niveles articulatorios se emiten por la influencia de los factores determinantes en la neurolinguofisiodinamia articulatoria para su emisión:

- Dificultades en el lugar para colocar los órganos articulatorios
- Presión orgánica muscular
- Presión aérea: la manera de salir del aire, que se va a ver interrumpida por el lugar donde se colocan los órganos articulatorios,
- Presión velar
- Dificultades en el ascenso y descenso del velo del paladar
- Presencia o ausencia de vibraciones laríngeas en dependencia del fonema

Como es conocido los fonemas **/r/** y **/s/** se articulan normalmente en la región alveolar. Los pacientes portadores de hendiduras palatinas a la hora de articular el fonema **/r/** no logran realizar ningún tipo de movimiento vibratorio o tienen grandes dificultades en mecanismo de la manera de salir del aire, así como de la colocación de los órganos articulatorios por lo que el hablante realiza un esfuerzo muscular considerable durante un tiempo relativamente largo para hacer que el ápice vibre, pero lo que logra más bien es una tensión de la masa lingual la que se contrae lateralmente y deja escapar el aire contenido en la cavidad bucal, distorsionando el rasgo distintivo de la **/r/**. Igual distorsión ocurre en el fonema **/s/**, se tendrá que tener un control de la presión de aire, así como de continuidad para realizar los mecanismos de los rasgos distintivos.

Normalmente la articulación de los fonemas **/p/**, **/b/** y **/m/** se lleva a cabo en los labios (bilabiales), los pacientes afectados por hendiduras labiales no pueden proporcionar, debido a las pocas fibras musculares con las que cuentan, la suficiente fuerza muscular para soportar la presión del aire e interrumpir el paso del mismo a la hora de articular estos sonidos, el paciente no contará con el

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 5 de 25

tono muscular adecuado y tendrá dificultades para mantener la leve contracción sostenida de los músculos. Por esta razón estos pacientes desplazan hacia atrás el punto de articulación de estos fonemas /p/ y /b/, hasta la región velar.

El fonema /m/ por su parte presenta, el mismo mecanismo articulatorio que /b/, con la diferencia de que el primero es un fonema nasal y el segundo es oral. Este rasgo los distigue, en los pacientes con labio y paladar hendido, la resonancia nasal (hipernasalidad) es la constante para todo tipo de sonidos, nasales y no nasales y por lo tanto a nivel perceptivo dejan de oponerse /m/ y /b/, por efectos de la nasalidad excesiva.




En estos casos la /m/ es articulada en la zona anterior de la cavidad bucal en un punto intermedio entre los labios y el prepaladar, al articularse en esta zona en el ámbito perceptivo surge la confusión entre si lo que dijo fue /m/, /n/, o incluso /ñ/. Al modificar /m/ su lugar de articulación deja de ser más grave que /n/ y /ñ/, rasgo mediante el cual se opone a la /n/ y, en algunos casos de posición más anterior, adopta rasgo que la opone a la /ñ/, características estas que los definían y lo hacían distinto en una persona con articulación normal.

En cuanto a los fonemas velares /k/, /g/, /j/, los pacientes tienen dificultades en donde colocar los órganos articulatorios, en la tonicidad, movilidad, fuerza y precisión de los movimientos articulatorios en el ascenso y descenso del velo del paladar, en la diferenciación y ejecución de los fonemas sordos y sonoros velares.




Les corresponde a los foniatras, diagnosticar la incompetencia velo faríngea y encontrar su causa, evaluar la función velo faríngea por exploración clínica de la movilidad del esfínter velo faríngeo en la articulación de las vocales y consonantes y también a través de las percepciones auditivas.

7 Tratamiento

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	REFERENCIA
A	Dar tratamiento fonológico y articulatorio adaptado a cada paciente de LPH. El tratamiento incluirá articulación y procesos fonológicos.	Taylor-Goh, S., ed. (2005).
C	Discriminación auditiva, el aumento de esfuerzo, apertura de la boca y la disminución de la tasa de habla no han demostrado ser eficaces.	Taylor-Goh, S., ed. (2005).
B	Se debe evaluar y trabajar: <ul style="list-style-type: none"> Las funciones prefonatorias 	Taylor-Goh, S., ed. (2005).

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 6 de 25

	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje • Habla • Voz • La función velofaríngea • Audición • Las estructuras de cavidad oral. 	
A	<p>El tratamiento debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los aspectos fonológicos y articulatorios • Deberá ser intensivo • Puede ser individual y/o grupal • Adaptado específicamente para cada paciente. 	Taylor-Goh, S., ed. (2005).
A	<p>Se recomienda a los terapeutas de lenguaje trabajar de forma interdisciplinaria con los profesionales de la salud en el manejo de la disfagia y la alimentación en los pacientes de LPH.</p>	Taylor-Goh, S., ed. (2005).
B	<p>Los resultados de la valoración fonológica son la base para la planeación del tratamiento se deberá tomar en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El tipo y grado de la malformación del labio y/o paladar hendido y las características en la producción articulatoria. ➤ Las características de la voz (tono, intensidad y timbre). ➤ Presencia y el grado de flujo de aire nasal y su efecto sobre la producción consonante. ➤ Presencia y grado de resonancia (hipernasalidad). ➤ Las alteraciones en la estructura oral, estructura maxilofacial. (dental, oclusivo) ➤ Alteraciones auditivas. ➤ Dificultad de las vías respiratorias ➤ Problemas sociales y emocionales ➤ Condiciones asociadas (síndromes). 	Taylor-Goh, S., ed. (2005).

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 7 de 25

7.1 Tratamiento Rehabilitatorio del Labio Paladar Hendido

Se sugiere aplicar la escala de evaluación M/G para el pronóstico rehabilitatorio del paciente con Labio y/o Paladar hendido, que comprenden:

Valoración Otorrinolaringológica, valoración foniátrica, ortodóncica y psicológica; así como la valoración del lenguaje que se indica:

0	<p>A.- Paciente tratado quirúrgicamente a edad temprana en forma exitosa, con adecuados rasgos suprsegmentales, aunque con algunas dislalias normales por su patología. Con un nivel sintáctico III y dentro del nivel pragmático, maneja reglas de conversación, actos verbales coherentes usando un lenguaje espontáneo con dislalias funcionales.</p> <p>B.- Paciente tratado quirúrgicamente con estimulación temprana de lenguaje en forma exitosa el cual por su edad no presenta problemas en la alimentación, al succionar, masticar y deglutir. Iniciando balbuceo y primera palabras.</p>
1	<p>Paciente con terapia de lenguaje y corrección quirúrgica y, poca claridad en sus emociones con comunicación más gestual que oral que se encuentran a nivel sintáctico I o II con alteraciones fonológicas considerables además de presentar cierta torpeza lingual.</p>
2	<p>A.- Paciente sin terapia de lenguaje y con tratamiento quirúrgico inadecuado presentando severas alteraciones en su nivel fonológico; su lenguaje es ininteligible, nivel sintáctico I, rasgos suprsegmentales negados e hipertrofia lingual y palatal.</p> <p>B.- Paciente sin terapia de lenguaje y sin corrección quirúrgica.</p>

Rehabilitación del Labio Paladar Hendido




Objetivo General:

Desarrollar la planeación motora, tonicidad y funcionalidad de los órganos bucofonatorios, desarrollar los patrones respiratorios, restablecer la masticación y deglución, así como la calidad de las características de la voz en el tono, intensidad y timbre y por últimos habilitar los patrones articulatorios.

Objetivos Específicos:

1.- Conseguir un control voluntario de las actividades musculares simplificadas en la emisión del habla:

- Eliminar movimientos anormales
- Establecer movimientos normales
- Desarrollar la leve contracción sostenida de los músculos de cabeza, cuello y bucofonatorios.

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 8 de 25

2.- Establecer un control y ritmo de la respiración de una forma consciente.

- Practicar inspiración nasal y espiraciones bucales.
- Desarrollar un patrón costodiafragmático
- Habilitar la cantidad de aire para llevar a cabo las funciones articulatorias y la producción de la voz.
- Coordinación fono-respiratoria
- Ejercitar vocalizaciones asociadas a movimientos rítmicos.

3.- Movilización y funcionalidad del paladar.

4.- Desarrollar patrones adecuados de presión del alimento, succión, formación del bolo alimenticio, deglución.

5.- Mejorar la calidad de la voz.

- Reducir la hipernasalidad.
- Identificar los fonemas en los que hay fuga nasal.
- Mejorar la coordinación fonoarticulatoria para establecer una voz adecuada.

6- Adquirir capacidad para articular los sonidos del habla.

7.2.1 Praxias bucofonatorias

Objetivo General:

Conseguir una mayor funcionalidad y movilidad de los órganos buco-faciales.




Objetivos Específicos:

- Desarrollar la motricidad fina que afecta a los órganos de la articulación.
- Adquirir el control tónico y fuerza lingual.
- Afianzar la movilidad, elasticidad y tonicidad lingual.
- Ejercitar la presión, elasticidad, y relajación labial.
- Potenciar la movilidad, presión, elasticidad y separación labial.
- Adquirir un buen dominio y flexibilidad de la lengua.
- Conseguir la máxima, media y mínima amplitud mandibular.
- Vivenciar la movilidad y la inmovilidad de las respectivas mandíbulas.

7.2.1.1 Ejercicios linguales

7.2.1.2 Tensión y relajación.

- Pistón: poner lengua en los alveolos y aplicar tensión y relajar.
- Poner la lengua dura y blanda de forma alterna, dentro y fuera de la boca.

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 9 de 25

- Colocar gomita de ortodoncia en la punta de la lengua de manera que oprima el geniogloso, estilígloso lingual superior e inferior y conseguir que con el movimiento de la lengua la gomita salte.
- Tonificar el ápex lingual pellizcando suavemente la lengua con los dedos y morderse la punta de la lengua.
- Mantener la lengua quieta en un punto determinado.
- Escupir papelitos colocados en la punta de la lengua haciendo una oclusión.

7.2.1.3 Agilidad




- Repasar el paladar con la punta de la lengua desde la zona alveolar hasta el paladar blando.
- Repasar el labio superior e inferior haciendo rotación en ambos sentidos.
- Repasar las arcadas dentarias.
- Hacer la barquita: doblar la lengua por el medio en sentido horizontal.
- Doblar la lengua elevando los lados y hundiendo la parte central en sentido vertical.
- Subir un hilo desde el exterior de la boca hacia el interior con movimientos rítmicos de la lengua.

7.2.1.4 Alargar frenillo lingual

- Repasar el techo de la boca con la punta de la lengua.
- Hacer “clips” (sonido del caballo). Se pueden ir alternando en más o menos duración y en más o menos rapidez.
- Ventosa: mantener la lengua enganchada en todo el paladar.
- Poner la punta de la lengua en los alveolos y manteniéndola en este punto abrir y cerrar la boca.
- Doblar la lengua atrasando la punta al máximo, reposar la lengua doblada sobre sí misma y mantener esta postura unos segundos.
- Estirar la lengua de manera que intente tocar la punta de la nariz.

7.2.1.5 Vibración

- Hacer vibrar los dos labios con el paso del aire.
- Hacer vibrar los labios y la punta de la lengua entre ellos.
- Hacer vibrar los labios con la punta de la lengua en el medio y al cabo de unos segundos parar la vibración del labio superior con el dedo del logopeda y posteriormente el niño a sí mismo. Repetir los mismos pasos con el labio inferior.
- Producir el sonido /z/ y alternarlo con el sonido /r/.
- Vibrar los labios mientras la lengua esta en reposo en la base de la boca y después ir elevando la punta de la lengua hasta llegar casi a los alveolos.

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 10 de 25

7.2.1.6 Fuerza

- Mantener objetos en la punta de la lengua.
- Apretar la lengua contra el depresor, conseguir un desplazamiento de este objeto que ofrece resistencia.

7.2.2 Ejercicios labiales

7.2.2.1 Cierre labial

- Hacer masajes en el labio superior, de la nariz hacia la comisura labial superior y en rotación en ambos sentidos.
- Mantener entre los dos labios objetos de diferentes formas y pesos.
- Fruncir los labios.
- Inflar las mejillas sin dejar que salga el aire por la boca.
- Poner un botón entre los labios y pedirle al paciente que cierre los labios.

7.2.2.2 Agilidad

- Abrir y cerrar los labios sin la participación de la mandíbula, sin sonido y con sonido.
- Hacer desplazamientos laterales.
- Combinar beso y sonrisa
- Subir hilos que están enganchados en un extremo a un botón o a algún objeto que vaya variando el peso.
- Inflar y succionar las mejillas manteniendo los labios cerrados.
- Hacer besos largos y ruidosos.
- Chuparse el labio superior con el inferior y al revés alternadamente.




7.2.2.3 Tensión

- Pellizcar los labios con los dedos.
- Mantener en el vestíbulo (entre los dientes y los labios) una pantalla oral, que puede ser un botón sujeto con un hilo sin que se salga de la boca y solo haciendo fuerza con los labios. Tanto el logopeda como el paciente pueden tirar del hilo para comprobar la fuerza de los labios.
- Mantener objetos largos entre el labio superior y la nariz.
- Abrir y cerrar los labios de forma exagerada y mantener los dos maxilares abiertos.
- Abrir y cerrar los labios, manteniendo en contacto los dos maxilares.

7.2.3.1 Ejercicios del velo del paladar

7.2.3.1.1 Sensibilización

- Aplicar masajes sobre la mucosa del paladar blando en sentido longitudinal y transversal.

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 11 de 25

- Colocar dentro de la boca diferentes objetos alimenticios pequeños y que se tengan que ir a buscar con la lengua.
- Bostezar.
- Toser.
- Carraspear.
- Articular el sonido velar /k/ durante un tiempo y dándole fuerza
- Producir diversas veces el sonido /k/ de forma rítmica y rápida
- Articular sucesivamente secuencias silábicas alternando los sonidos velares
- Imitar el rugido del león.
- Imitar las carcajadas.
- Hacer gárgaras.

7.2.3.1.2 Agilidad




- Beber con el porrón, hacer degluciones rítmicas con el dorso de la lengua
- Hacer gárgaras.
- Articular sonidos velares /ka//ga//xa/
- Soplar todo tipo de objetos ligeros e instrumentos de viento.

7.2.4 Autocontrol de la fuga nasal

- Con la boca abierta, inspirar por la nariz y espirar alternadamente por la nariz y por la boca. Con un espejo, colocado entre el labio superior y la base de la nariz, comprobar la salida del aire.
- Colocar un espejo debajo de la nariz y producir sonidos nasales, se tiene que conseguir que no se empañe.
- Colocar un pequeño tubo que conecte la nariz con la oreja, si hay fuga nasal se oirá el aire en la oreja.
- Colocar a la salida de la nariz un tubo que tenga en el otro extremo una pequeña bolita muy ligera. Si hay escape la bolita se desplaza.
- Hacer notar las diferencias acústicas, práxicas y propioceptivas que se dan entre un sonido con resonancia nasal y el correlativo oral.

7.2.5 Ejercicios con la mandíbula

- Movimientos rítmicos de elevación y descenso.
- Movimientos de desplazamiento lateral.
- Morderse el labio inferior y superior.
- Movimientos semicirculares.
- Aguantar con los dientes y las muelas objetos de diferentes volúmenes y consistencias.
- Morder objetos o alimentos de diferentes consistencias.
- Apoyar la barbilla encima de una mesa y abrir y cerrar la mandíbula.

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 12 de 25

- Inflar las dos mejillas conjuntamente y a la vez.
- Inflar las mejillas alternándose.
- Succionar las mejillas conjuntamente.
- Succionar las mejillas alternadamente.
- Inflar las mejillas y desplazar el aire a los lados sin abrir la boca.
- Empujar con la punta de la lengua las mejillas hacia afuera.

7.3 Soplo

- Soplar una vela sin que se apague la llama y desde diferentes distancias.
- Soplar silbatos.
- Soplar espantasuegras: primero con ruido y después sin ruido.
- Succionar jeringuilla llena de agua, pudín y néctar.

7.3.1 Ejercicios con las narinas

- Movimientos de inspiración forzada colapsando las narinas.
- Movimientos de espiración forzada consiguiendo una separación de los orificios nasales.
- Dilatación y colapso voluntaria de las narinas.

7.4 Rehabilitación de la articulación




Para la rehabilitación de la articulación se pueden utilizar las siguientes metodologías:

7.4.1 Método Tradicional Van Riper

Este método propuesto por Van Riper (1958), es probablemente el más utilizado y ha servido como base para el diseño de otros métodos.

Establecimiento: Toma la vía auditiva como principal canal de entrada para la rehabilitación. El objetivo es formar inicialmente una imagen auditiva de los fonemas a través de la repetición y de la retroalimentación de su medio ambiente. Al irse desarrollando en el entrenamiento, el paciente comienza a darle más importancia a las habilidades cinéticas, cinestésicas y motoras, es decir sustituyes la retroalimentación auditiva pura por la retroalimentación cinética y motora. Una vez que el paciente va integrando una imagen auditiva y se va dando la producción va ir almacenando los recursos de tonicidad, movilidad, flexibilidad, fortalecimiento de los órganos articulatorios y formando una imagen neuromotriz, cinética y cinestésica.

La primera etapa se conoce como entrenamiento auditivo y es necesario trabajarla antes de iniciar el trabajo de la producción. En el paciente con Labio Paladar Hendido es muy importante ya que puede presentar vicios acústicos de su voz hiperrinofónica. Se deben pasar por los siguientes pasos:

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 13 de 25

➤ **Nivel Aislado:**

El paciente es adiestrado a centrarse en el fonema correcto enfatizándolo a través de la intensidad vocal, prolongación y fragmentación.

➤ **Estimulación:**

El paciente es bombardeado auditivamente y expuesto constantemente al sonido que se está trabajando.

➤ **Identificación:**

Al paciente se le enseña a identificar las características principales del fonema es decir los rasgos pertinentes a través de comparar sus características auditivas con las de otros sonidos.




➤ **Discriminación:**

Se le enseña al paciente a comparar y contrastar sus sonidos correctos con los incorrectos. La segunda etapa en el método es el entrenamiento de la producción. Inicialmente se trabajará con el fonema aislado, diferenciando el sonido en otras palabras en una conversación, cuentos, narraciones etc. y pidiéndole que lo identifique correctamente. Para desarrollar el fonema es necesario establecer una imagen propioceptiva.

Posteriormente de haber formado los rasgos distintivos del punto, modo, estado del velo del paladar y el estado de las cuerdas se procede a trabajarlo en sílabas. Es necesario que al ejecutar la producción de la sílaba, sea capaz de analizar los respectivos mecanismos de movimiento de su aparato fonoarticulador.

Van Riper describe siete pasos para el establecimiento y la correcta producción del sonido que son:

- ❖ **Aproximación progresiva:** El terapeuta se une al paciente cometiendo el mismo error que él. El siguiente paso enseña al paciente una serie de sonidos transitorios hasta lograr el sonido deseado correctamente donde cada sonido que tenga una manifestación parecida al fonema, es reforzado.
- ❖ **Imitación:** Permitir al paciente que a través de la imitación, prolongue, enfatice y evalúe por su propia experiencia el fonema en objetivo.
- ❖ **Instrucciones fonéticas:** El terapeuta deberá hacer consciente al paciente del punto de articulación, así se logrará concientizar de los diferentes movimientos y posiciones para la producción correcta de los fonemas.
- ❖ **Uso de palabras claves:** El terapeuta deberá llevar el control de las palabras correctas producidas. Estas palabras se usarán como soporte de la terapia.
- ❖ **Modificación de fonemas a otros:** Los sonidos que se usan para modificar el fonema en objetivo son los que el paciente utiliza en forma correcta. Si el paciente puede emitir un fonema

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 14 de 25




nasal como /m/ y no logra emitir la /n/ se apoyará en el fonema /m/, ya que los dos fonemas son nasales o tienen características de los rasgos distintivos similares.

- ❖ **Facilitación o transferencia:** Una vez rehabilitado el fonema, el tratamiento se enfocará a que el paciente pueda transferir la producción correcta del sonido a diferentes contextos lingüísticos y fonéticos.
- ❖ **Mantenimiento:** Ya que se haya obtenido la producción del fonema, se debe aumentar el número de contextos para reafirmar a un nivel automático aquellos fonemas que en un momento dado presentaba dificultad al paciente.

7.4.2 Método Formal de Berthal y Bankson (1981)

Este método establece:

- ❖ **Primer paso:** el paciente debe ser capaz de discriminar auditivamente entre el sonido correcto y su error. El terapeuta debe ayudarlo a reconocer las diferentes características del sonido correcto y a conocer los contrastes de éste con su error, dándole apoyos visuales, auditivos, cinestésicos.
- ❖ **Segundo paso:** el terapeuta deberá enfocarse en la producción correcta del sonido, pasar por diferentes pasos que van por la imitación donde se le pide al paciente que reproduzca el modelo de sonido dado, previamente por el terapeuta y con apoyo visual, auditivo y cinestésico, pasar por el uso de contextos fonéticos donde será capaz el paciente de producir correctamente el fonema, posteriormente de le darán instrucciones fonéticas en donde se pretende dar correctamente la posición y movimiento de los órganos articulatorios en la producción de los fonemas, apoyándose en instrucciones verbales, espejos, y esquemas.
- ❖ **Tercer paso:** Se pretende pasar por una aproximación sucesiva donde se proporcionará la manera correcta en que se produce el fonema a través de pequeños cambios articulatorios que se irán acercando a la posición correcta.
- ❖ Se irá pasando por diferentes procesos de facilitación y transferencia que son cambios de posición y contexto. Se clasifica la posición del fonema en forma inicial, media y final, cuando el fonema sea correcto en las diferentes posiciones, el paciente realiza una transferencia de posición y hará el paso a una transferencia lingüística donde se refiere de pasar un sonido correcto de un nivel de complejidad lingüística
- ❖ Posteriormente se trabajara la transferencia de rasgos distintivos hasta llegar al transferencia situacional, es decir establecerlo en diferentes contextos.
- ❖ El último paso es el mantenimiento del fonema logrando que el paciente lo produzca correctamente en cualquier situación sin apoyo del terapeuta.

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 15 de 25

7.4.3 Método Sensorio Motriz

Fue diseñado por Mc Donald, Weston y Leonard, en 1964. Se parte de la idea de que el habla es un proceso dinámico y por esto la producción de un fonema se ve afectado por los sonidos que lo rodean.

Este método establece en hacer consiente al paciente de los patrones cinestésicos que participan en la correcta producción del sonido e ir aumentando la cantidad de contextos en que el paciente pueda producir correctamente el fonema señalado, se va a trabajar a nivel de sílaba y en contextos fonéticos para poder enfatizar patrones motores asociados a la producción correcta.

El método tiene tres pasos.

- ❖ **Primera etapa:** es para aumentar y concientizar la superposición de los movimientos articulatorios, establece patrones articulatorios.
- ❖ **Segunda etapa:** tiene como finalidad establecer patrones sensorio-motores asociados con la producción correcta de los fonemas, basándose en los errores de la producción del paciente.
- ❖ **Tercera etapa:** es para aumentar el número de contextos fonéticos, dentro de los cuales el paciente sea capaz de articular correctamente el sonido fijado.




7.4.4 Método de Rasgos Distintivos

Fue descrito por Mc. Reynolds y Houston, en 1968. Hace una descripción de los errores articulatorios y se centra en el entrenamiento de los rasgos distintivos. Rasgos distintivos han sido considerados como las unidades básicas que proporcionan los contrastes lingüísticos esenciales para la adquisición del fonema.

Este método saca los rasgos distintivos el punto, modo, estado de las cuerdas vocales y el estado el paladar, para así establecer a través de los errores fonológicos, un plan de trabajo este va seguir los lineamientos de la adquisición del lenguaje en los niños para ir consolidando los patrones auditivos-acústicos y motor-articulatorios.

7.4.5 Método de Contrastes Mínimos

Este método propuesto por Cooper en 1968. Se basa en el desarrollo del significado a través de las palabras y se va a contrastar los dos pares de palabras, va a disociar la asociación semántica que le paciente forma entre el referente y la emisión verbal en error, se establecen patrones acústicos, cinestésicos, motores, verbales y fonológicos a través del contraste de fonemas.

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 16 de 25

8 Evaluación de resultados

8.1 Cuantitativo




La Profesional en Comunicación Humana recibe al paciente con informe clínico, en base a esto aplicara una serie de valoraciones terapéuticas y entrevista clínica que servirán como base para establecer el plan rehabilitatorio, las revaloraciones se realizaran dependiendo de la evolución y los parámetros establecidos en el informe clínico, se emitirán informes posteriores con las recomendaciones a seguir, el terapeuta ira recopilando y establecerá un análisis entre lo esperado y lo alcanzado y sugerirá en el momento oportuno el alta en la siguiente revaloración medica.

8.2 Cualitativo

El Servicio de Foniatría emite informe clínico, que describe el padecimiento inicial, subsecuente y final La Licenciada en Terapia de Comunicación Humana encargada de cada paciente elaborará la valoración inicial, y un informe de acuerdo a los resultados que observe en las áreas trabajadas y superadas, las valoraciones posteriores estarán a cargo del médico tratante.

9 Criterios de Alta

Se considerará alta de terapia cuando el paciente al pasar a revaloración médica tenga todos los elementos que requiere para alcanzar los procesos habilitados, restablecidos, integrados o en vías de superación. Al recibir el nuevo informe con las recomendaciones actuales en donde se contempla alta, La Licenciada encargada del caso dará las indicaciones finales para continuar con un programa a casa único, tiempo máximo de permanencia 2 años. En caso de haber una cirugía posterior el médico tratante revalorara de ser necesario más tiempo de tratamiento.

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 17 de 25

10. Anexos

Entrevista Clínica de Labio y/o Paladar Hendido

DATOS GENERALES

Nombre del alumno _____
 No. De expediente _____ Fecha de nacimiento _____
 Diagnóstico _____
 Dirección _____
 Colonia _____ Teléfono _____
 Delegación _____ CP _____
 Escolaridad _____

Nombre del padre _____
 Escolaridad _____ Ocupación _____
 Edad _____ Tipo de sangre _____

Nombre de la madre _____
 Escolaridad _____ Ocupación _____
 Edad _____ Tipo de sangre _____
 No. De miembros que integran la familia _____ No. De hermanos _____
 Lugar que ocupa el paciente _____

DESARROLLO PRENATAL

Embarazo _____
 Embarazos anteriores _____ Deseado _____ No deseado _____ Planeado _____
 Producto a termino _____ Prematuro _____ Postmaduro _____
 Padecimientos durante el embarazo _____




ANTECEDENTES PERINATALES

Gestación _____
 Parto: Normal _____ Cesárea _____ Fórceps _____ Otros _____
 Complicaciones _____
 Peso al nacer _____ Medidas _____ Apgar _____
 Tipo de sangre: _____ Incubadora _____ Tiempo _____
 ¿Por qué? _____
 Tipo de alimentación _____

SITUACIÓN POSTNATAL

DESARROLLO MOTOR

Sostuvo la cabeza _____ meses Sedestación _____ meses Gateo _____ meses
 Bipedestación _____ meses Ambulación _____ meses

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 18 de 25

Control de esfínteres diurno _____ meses Control de esfínteres nocturno _____ meses
 Mano dominante _____ Oído dominante _____ ojo dominante _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE

Primera palabras _____ Edad _____
 Primera frases _____ Edad _____
 Ha asistido a terapia de lenguaje _____ ¿Cuánto tiempo? _____
 En que institución _____

PADECIMIENTOS

Accidentes o enfermedades	Edad

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS




	Edad	Lugar
Queiloplastía		
Palatoplastía		
Colgajo faríngeo		
Retoque de nariz		

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

	Padre	Madre	Familiar cercano
L.P.H			
Retardo simple del lenguaje			
Alteraciones de la voz			
Tartamudez			
Retraso mental			
Parálisis infantil			
Hipoacusia			

Datos concluyentes de la etiología de la malformación congénita

--

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 19 de 25

DATOS CONCLUYENTES DEL APARATO FONOARTICULAR

CARA

Movilidad facial inferior:

	Si	No	Con dificultad
Abrir y cerrar la boca			
Masticar			
Sonreír			
Inflar mejillas			
Humedecer labios			
Fruncir labios			
Enseñar dientes			
Morder labios			
Chupar			
Succionar			
Soplar			
Deglución			

Movilidad facial superior




	Si	No	Con dificultad
Arrugar la frente			
Mirar hacia abajo			
Cerrar los ojos			
Guiñar un ojo			

BOCA

	Hipoplásicos	Hipomóviles
Labios		
Arco de Cupido		
Filtrum		
Tono muscular	Adecuado	Inadecuado
Presión labial libre	Adecuado	Inadecuado
Presión labial voluntaria	Adecuado	Inadecuado

DIENTES

Tipo de oclusión	I	II	III
Mordida normal	Mordida abierta	Mordida cruzada	
Higiene	Adecuada	Inadecuada	
Estado de los dientes	Caries	Ausencia de piezas	
Premaxilia			
Presencia de fístula			
Tipo de placa	Espandora	Obturada	Mascara de aire

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 20 de 25

LENGUA

Tamaño: Normal _____ macroglosia _____ otros _____

	NORMAL	DEFICIENTE
Movilidad		
Anteroposterior		
Vertical		
Horizontal		
Circular		
Precisión en mov. específicos		
Frenillo (si) (no)	Tamaño (corto) (normal)	

PALADAR

Primario		
Secundario	Duro	Blando
Terciario		

DIBUJO DEL PALADAR

ÚVULA	Normal	Bífida	Ausencia
Amígdalas			
Adenoides			

HÁBITOS FONATORIOS

Hábitos respiratorios	Oral	Nasal	Mixta
Al hablar se contraen la alas de la nariz	Si	No	
Hábitos de asociación fono respiratoria y hábitos vocales			

CARACTERÍSTICAS DE LA VOZ

Intensidad	
Timbre	
Tono	
Grado de nasalidad y tipo de esta	
Entonación y ritmo en las frases	
Nasofaringoscopia	
Estudio otológico y audiométrico	



OBSERVACIONES

APLICADO POR _____

FECHA DE APLICACIÓN _____

Examen de Articulación

EVALUACIÓN DE LA ARTICULACIÓN

Nombre del paciente: _____ No. De expediente: _____

Edad: _____ Terapeuta: _____

PALABRA	FONEMAS A EVALUAR	EMISIÓN	OMISIÓN	REDUCCIÓN DEL GRUPO CONSONÁNTICO	SUSTITUCIÓN	ASIMILACIÓN
Piña	/p/ /ñ/					
Taco	/t/ /k/					
Cama	/k/ /m/					
Sopa	/s/ /p/					
Gato	/g/ /t/					
Liga	/l/ /g/					
Vaca	/b/ /k/					
Uvas	/b/ /s/					
Dado	/d/					
Foco	/f/ /k/					
Jirafa	/x/ /r/ /f/					
Casa	/k/ /s/					
Pájaro	/p/ /x/ /t/					
Llave	/y/ /b/					
Silla	/s/ /y/					
Chocolate	/c/ /k/ /l/ /t/					
Coche	/k/ /c/					
Mano	/m/ /n/					
Naranja	/n/ /r/ /x/					
Luna	/l/ /n/					
Vela	/b/ /l/					
Señor	/s/ /ñ/ /r/					
Ratón	/r/ /t/ /n/					
perro	/p/ /r/					



DIPTONGOS

Peine	/ei/					
Jaula	/au/					
Guante	/ua/					
Hielo	/ie/					
Huevo	/ue/					
piano	/ia/					

GRUPO HETEROSILÁBICO

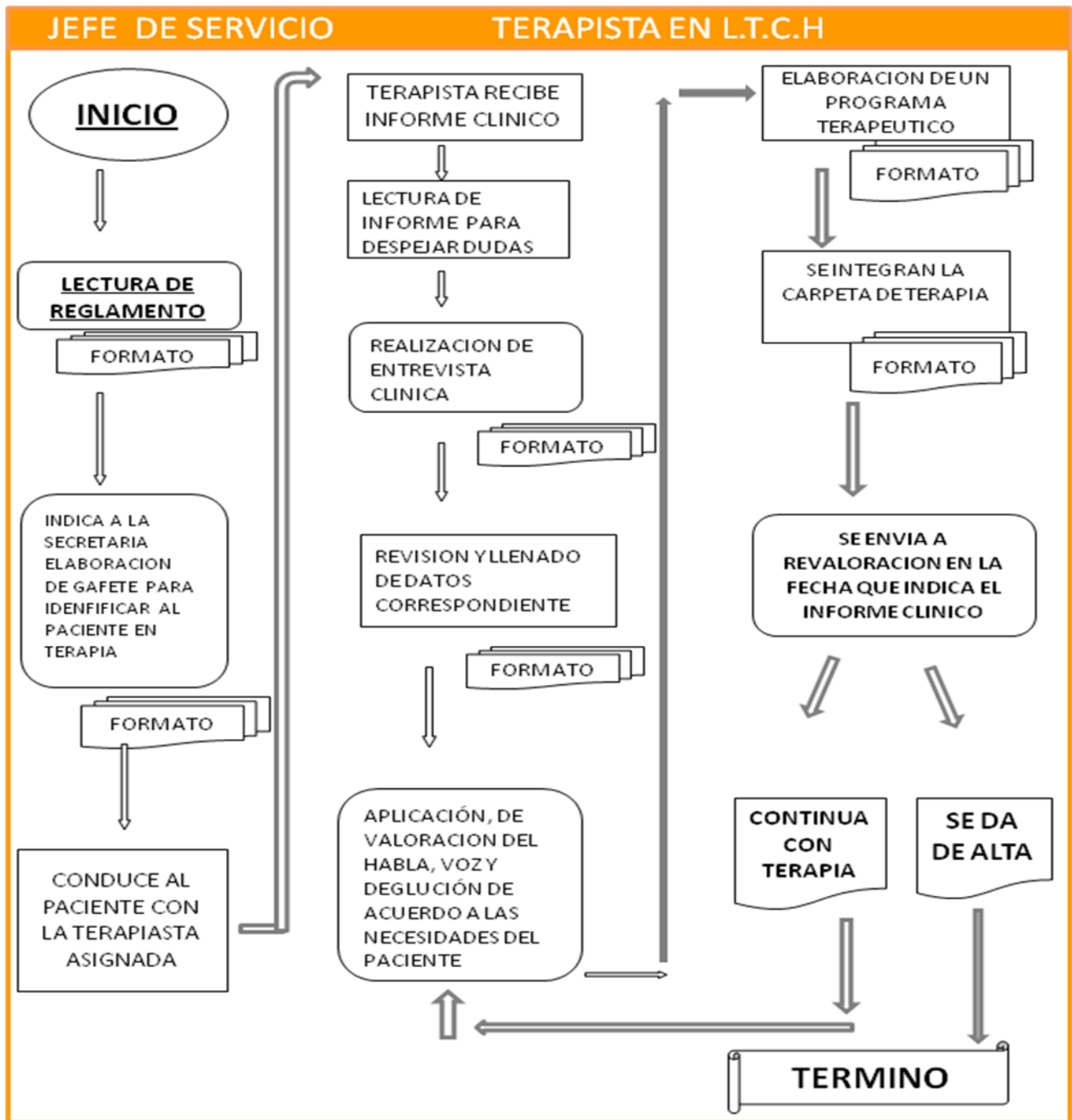
Árbol	/rb/					
Bolsa	/ls/					
Barco	/rk/					
Campana	/mp/					
Canasta	/st/					
Chango	/ng/					
Elefante	/nt/					
Tortuga	/rt/					




GRUPO HOMOSILÁBICO

Blusa	/blu/					
Bruja	/bru/					
Flor	/flo/					
Fresa	/fre/					
Iglesia	/gle/					
Tigre	/gre/					
Plátano	/pla/					
Proyector	/pro/					
Clavo	/cla/					
Cruz	/cru/					
Tren	/tre/					

Observaciones adicionales:




10.1 FLUJOGRAMA



 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 24 de 25

10.2 Referencias bibliográficas

1. **Acosta, V., León, S., Ramos, v.** “Dificultades del habla infantil: un enfoque clínico. Investigación, teoría y práctica”. Málaga: Aljibe. (1998).
2. **Bee H:** “Developing child” Harper Row Publishers, New York.(1975)
3. **Boone.** "La Voz y el tratamiento de sus alteraciones". Ed Panamericana. (1990)
4. **Bosch, L.** “Trastornos fonológicos”. *Rev. Logop., Fon., Audiol.*, Vol. VIII, Nº 4 (195-200). (1987).
5. **Bustos, I.** Reeducación de los problemas de la voz. Madrid. CEPE. (1996)
6. **Calais-Germain, B.** Anatomía para el movimiento. Tomo 1. Ed. La liebre de marzo. (2005)
7. **Calais-Germain, B** “La Respiración. Anatomía para el movimiento”. Tomo IV. Ed. La liebre de Marzo. . (2006)
8. **Casado, J. C.** “La evaluación clínica de la voz. Fundamentos médicos y logopédicos”. Málaga. Aljibe.(2002).
9. **Dinville, C.** Los trastornos de la voz y su reeducación. Barcelona: Masson. Dickson “Communication Disorders Remedial Principles and Practices”. Scott Foresman Co, Illinois, (1975).
10. **Dunn C, Stoel Gammon C** “Normal and disorder Phonology in Children” University Park Press, Baltimore, (1985).
11. **Echeverría Goñi, S.** La voz infantil. Educación y reeducación. Ed: CEPE. Madrid. (1998)
12. **Guimaraes, I.** Os problemas de voz nos profesores: prevalência, causas, efeitos e formas de prevenção. Revista Portuguesa de Saude Publica. Vol. 22. (2004)
13. **Le Huche.** “ **La voz. (cuatro tomos)**” Ed. Masson. Barcelona.(2006).
14. **Mallen Fortanet, D.** Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental: Paciente fisurado labiopalatino. Síndrome o secuencia de Pierre Robin. En:Jornada de Orientación e Intervención Psicopedagógica. Ámbito educativo personal y profesional. Universitat Jaume I. Barcelona, España. P.1-17. (2006).
15. **McCallion, M.** El libro de la voz El libro de la voz. Ed. Urano, Barcelona. (2006)
16. **Martin, S. & Darnley, L.** “The teaching voice”. London. Whurr Publishers Ltd. (1996)
17. **Morrison, M. & Rammage, L** “Tratamiento de los trastornos de la Voz”. Masson. (1996) Parameters for Evaluation and treatment of patients with cleft Lip/Palate or other craniofacial anomalies. Official Publication of the American Cleft palate–Craniofacial Association. March (1993).
18. **Ministerio de Salud de Santiago de Chile.** Guia Clinica de Fisuras de Labio Paladar Hendo.(2009).
19. **Perelló, J.**” Alteraciones de la voz”. Barcelona, Ed. Científico médica. (1980)
20. **Perelló, J.**” Evaluación del lenguaje el habla y la voz”. Ed: Lebón. (1996)
21. **Revista de Medicina.** Universidad de Navarra. Monográfico: Voces Especiales. Vol. 50, nº 3, (2006).
22. **Rex J Prater** “Manual de terapéutica de la voz”. Ed. Salvat. Madrid (1990)
23. **Rivas Torres, R.M. y Fiuza Asorey, MJ.**” La voz y las disfonías funcionales.

 	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS		Código: MG-SAF-16
	DIRECCIÓN MEDICA		Fecha: JUN 15
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE		Rev. 01
			Hoja: 25 de 25

Prevención y tratamiento”. Madrid. Pirámide. (2002).

24. Royal College of Speech & Language Therapists; Department of Health (UK); National Institute for Clinical Excellence (NICE) Royal College of Speech and Language Therapists Clinical Guidelines: 5.5 Cleft Palate & Velopharyngeal Abnormalities Taylor-Goh, S., ed. RCSLT Clinical Guidelines. Bicester, Speechmark Publishing Ltd. (2005).

25. Segre, R. & Naidich, S. “Principios de foniatría para alumnos y profesionales del canto y la dicción”. México D.F. Ed. Panamericana. (1981).

26. Tulón Arfelis, C.” La voz. Técnica vocal para la rehabilitación de la voz en las disfonías funcionales”. Barcelona. Paidotribo. (2000).

27. Van Riper, Ch: “Speech correction principales and methods”. Prentice Hall Inc New Jersey, (1978).

28. Westson Aj, Leonard BI “Articulation Disorders: Method of evaluation and therapy”. Cliffs Notes, Lincoln. (1976).

29. Taylor-Goh, S., ed. Royal College of Speech and Language Therapists Clinical Guidelines: 5.5 Cleft Palate & Velopharyngeal Abnormalities RCSLT Clinical Guidelines. Bicester, Speechmark Publishing Ltd. (2005).

11 Control de Cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	INCORPORACIÓN A LA DOCUMENTACIÓN DEL SGC	NOVIEMBRE 2010
01	Actualización de la imagen institucional, actualización del nombre del instituto, actualización del contenido	JUN 15