



# Transición a la alimentación sólida

#SomosASPACE



**ASPACE**  
PARÁLISIS CEREBRAL  
Confederación



## CRÉDITOS

**Carme Forgas Massó** Logopeda, Fundació l'Espiga.

**M<sup>a</sup> Cristina Sánchez-Heredero López** Logopeda, Centro Educativo Aspace Toledo.

**Sara González García** Logopeda, ASPACE Salamanca.

**Paula Ruiz Diego** Logopeda, ASPACE Cantabria.

**Berta Moreno Parado** Logopeda, ASPACE Navarra.

**Elisa Iglesias Ledesma** Logopeda, Somos NUPA.

**Alba López Seoane** Logopeda, ASPACE Zaragoza.

**Sara Mejuto Ceresuela** Logopeda, ASPACE Huesca.

**Zuriñe Gotxi Menoio** Logopeda, ASPACE Bizkaia.

**Encarni Heras Nuñez** Logopeda, ASPACE Bizkaia.

**M<sup>a</sup> Pamela Cundís Lema** Logopeda, ASPACE Coruña.

**Pilar Raigal** Logopeda, Confederación ASPACE.

**Eva María Molina Campos** Logopeda en ASPACECIRE.

**Edita:** Confederación ASPACE.

**Depósito Legal:** M-17952-2023

**Año:** 2023

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. JUSTIFICACIÓN.	1
<b>2. LA ALIMENTACIÓN</b>	<b>2</b>
2.1. INTRODUCCIÓN.	2
2.2. IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN.	3
2.3. ALIMENTACIÓN Y CALIDAD DE VIDA.	4
<b>3. EL PROCESO DE DEGLUCIÓN</b>	<b>5</b>
3.1. ¿QUÉ ES LA DEGLUCIÓN?	5
3.2. FASES DE LA DEGLUCIÓN.	6
3.3. VARIABLES QUE AFECTAN A LA DEGLUCIÓN.	7
<b>4. LA DEGLUCIÓN EN LA INFANCIA.</b>	<b>8</b>
4.1. FUNCIONES OROFACIALES.	8
4.2. DESARROLLO NORMOTÍPICO.	8
<b>5. TRANSICIÓN A LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA.</b>	<b>12</b>
5.1. TRANSICIÓN A LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO NORMOTÍPICO. ETAPAS APROXIMADAS DEL DESARROLLO DE LA ESTABILIZACIÓN MANDIBULAR (EVANS MORRIS, S, 1984, 2000)	12
5.2. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA CUANDO SE VA A INICIAR LA TRANSICIÓN.	17
5.3. OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN CON LA INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA.	18

<b>6. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA.</b>	<b>19</b>
6.1. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA SUCCIÓN.	19
6.2. PROBLEMAS MÁS COMUNES CON EL VASO Y LA CUCHARA.	22
6.3. PROBLEMAS MÁS COMUNES EN LA MASTICACIÓN.	24
6.4. OTRAS DIFICULTADES.	25
<b>7. VALORACIÓN DE LAS DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN.</b>	<b>26</b>
7.1. VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN.	26
7.2. VALORACIÓN DEL SISTEMA OROFACIAL.	26
7.3. VALORACIÓN DEL ENTORNO DEL NIÑO/A (SOCIAL, FAMILIAR Y ESCOLAR).	27
7.4. VALORACIÓN DEL ASPECTO MOTOR RELACIONADO CON LA ALIMENTACIÓN.	30
<b>8. PAUTAS Y RECOMENDACIONES.</b>	<b>33</b>
8.1. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN.	33
8.2. ¿QUÉ ALIMENTOS SE RECOMIENDAN?	34
8.3. TEXTURAS EVOLUTIVAS.	35
8.4. ACTIVIDADES.	36
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	<b>39</b>
<b>10. ANEXOS.</b>	<b>41</b>
10.1. HITOS DEL DESARROLLO.	41
10.2. VALORACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y DEGLUCIÓN.	42
10.3. TEXTURAS EVOLUTIVAS EN LA INTRODUCCIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS.	45

#SomosASPACE

## TRANSICIÓN A LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA

---



# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. JUSTIFICACIÓN.

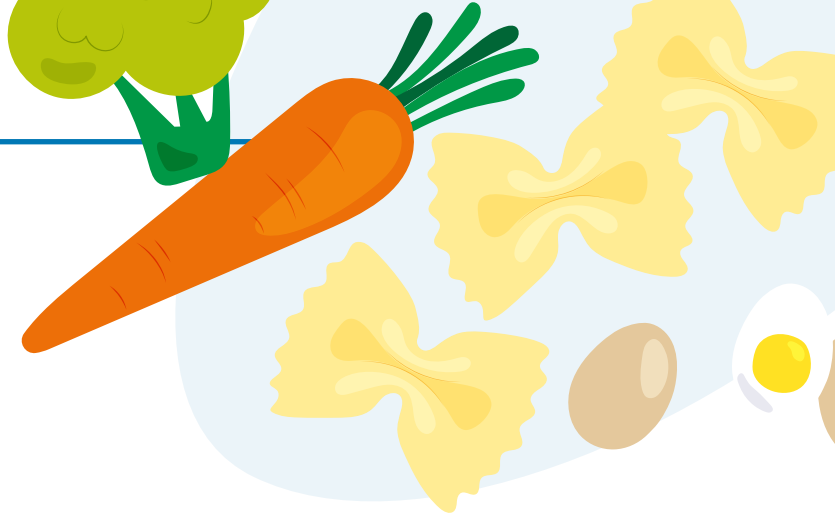
La **Red de trabajo del programa de Alimentación y Deglución de la Confederación ASPACE** ha decidido desarrollar este documento debido a las **preguntas e incertidumbres** que se recogían en el día a día, tanto por parte de profesionales como por parte de las personas usuarias y/o familias, en relación a la consecución de la alimentación sólida en los casos que es posible.

Para ello, se ha desarrollado este **documento de transición** donde se recogen aspectos básicos de la deglución, y aspectos más elaborados como componentes sensitivos y adaptaciones a la alimentación.

Se trata desde la fisionomía hasta el desarrollo motor, dando importancia a los aspectos sensoriales y psicológicos, como elementos prioritarios de una **alimentación eficaz y segura**, englobándolo en un entorno adaptado, personalizado y social.

Se consigue así desmentir mitos en relación a la alimentación y la deglución, y dar herramienta a profesionales, familiares y personas con parálisis cerebral y grandes necesidades de apoyo.





## 2. LA ALIMENTACIÓN

### 2.1. INTRODUCCIÓN.

La **alimentación** es el **proceso por el que se obtiene, prepara e ingiere el alimento**, obteniendo los nutrientes que nuestro cuerpo necesita y que son indispensables para nuestra salud.

Dado que los alimentos son el vehículo por el que el cuerpo recibe los nutrientes y la energía que cada persona necesita, la adecuada selección de los alimentos y su consumo en las proporciones necesarias, harán que el proceso de nutrición sea exitoso.

Teniendo en cuenta todo el proceso anterior, una **alimentación correcta** debe ser:

- **Completa:** que tenga todos los nutrientes, intentando incluir en todas las comidas los tres grupos esenciales de alimentos (cereales y tubérculos, verduras y frutas, leguminosas y alimentos de origen animal).

- **Equilibrada:** que los nutrientes guarden las proporciones adecuadas y sean suficientes para cubrir las necesidades nutricionales.

- **Inocua:** que su consumo habitual no implique riesgos para la salud.

- **Suficiente:** que cubra las necesidades de todos los nutrientes de forma que se tenga una buena nutrición, un peso saludable y, en el caso de los niños, que pueden crecer y desarrollarse de forma correcta.

- **Variada:** añadir alimentos de cada grupo en cada comida, en la medida de lo posible.

- **Adecuada:** acorde con los gustos y con la cultura de cada persona, ajustándose a sus recursos económicos.



## 2.2. IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN.

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la **nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.**

La **nutrición** tiene como **principal función transformar y extraer los nutrientes que son imprescindibles de los alimentos que consumimos.**

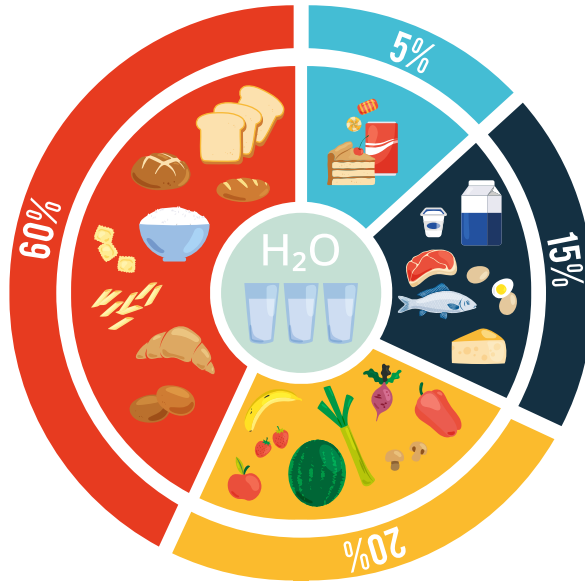
A través de este proceso, el cuerpo genera la **energía** necesaria para mantener el organismo y desarrollar sus funciones.

De la misma forma, produce los elementos que el cuerpo necesita para los procesos de **obtención, asimilación y metabolismo** de los nutrientes para nuestro organismo.

A continuación, destacamos la **pirámide nutricional**, considerada como una herramienta de **educación y promoción de la salud**, que nos muestra de forma gráfica a través de dibujos y fotografías, los alimentos, indicando la cantidad que se debe consumir para seguir una **alimentación saludable.**



Desde 2016, se cambió la forma de recomendar las porciones y la tradicional pirámide pasó a tener la forma de un plato o rueda.



Fuente: La rueda de los alimentos: una herramienta didáctica para alimentarse mejor y más fácilmente

### 2.3. ALIMENTACIÓN Y CALIDAD DE VIDA.

Se debe dar la **importancia** que se merece a la alimentación, ya que ocupa una parte muy importante en el día a día de todas las personas.

La alimentación influye de forma directa en nuestra calidad de vida:

- **El bienestar físico** de cualquier persona, ya que tiene que ver tanto con una alimentación segura y eficaz, como con hábitos saludables de dieta equilibrada, nutrición, cuidado de la salud.

- **El desarrollo de su autonomía**, propiciando aprendizajes, apoyos posturales, y la utilización de productos de apoyo que favorezcan su participación en el proceso de alimentación.

- **El desarrollo de su autodeterminación**, favoreciendo técnicas y texturas que favorezcan que la persona pueda identificar y expresar sus gustos y preferencias en sabores, colores, consistencias, presentación, etc.

- **Su bienestar emocional**, aportándoles la posibilidad real de saborear y disfrutar del momento de la comida, como cualquier otra persona, que lo espera y disfruta como un momento especial del día.

- El ejercicio de su **participación** y ciudadanía activa, mediante la innovación en texturas y técnicas que permitan compartir espacios de ocio y participación en la comunidad, en torno a celebraciones familiares o momentos compartidos con amigos y amigas (cumpleaños, comidas, cenas...), aprovechando todas estas oportunidades de participación, inclusión social e interrelaciones personales.

# 3. EL PROCESO DE DEGLUCIÓN

## 3.1. ¿QUÉ ES LA DEGLUCIÓN?

La **deglución** es el **transporte del bolo alimenticio, líquido y saliva desde la cavidad oral hasta el estómago**, en el que el aparato digestivo y respiratorio se coordinan, con la finalidad de ingerir el alimento y no dejar que éste pase a vías respiratorias.

Es una de las acciones más complejas que la persona realiza diariamente, ya que pone en **movimiento** varios **nervios y músculos** al mismo tiempo, tanto de la boca como de la faringe o del esófago. Es un acto reflejo que comparte con el habla y la respiración, un mismo y complicado proceso que, en condiciones habituales de salud, no somos conscientes que utilizamos.

La deglución tiene como objetivo dos características:

- **La eficacia:** posibilidad de ingerir la totalidad de calorías y el agua necesarias para mantener una nutrición e hidratación adecuadas.
- **La seguridad:** posibilidad de ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias.

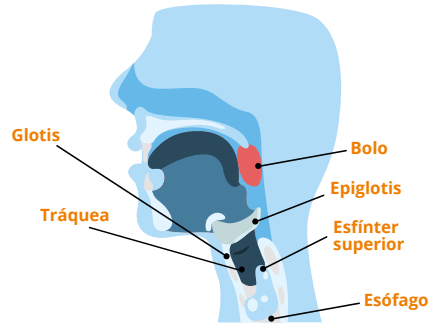


### 3.2. FASES DE LA DEGLUCIÓN.

#### 1- FASE PREPARATORIA-ORAL

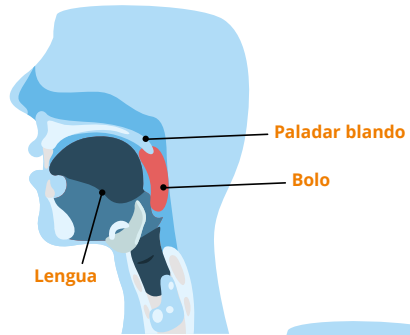
Con una parte preparatoria, voluntaria, durante la cual los alimentos son procesados (masticación, salivación, mezcla) formándose el bolo alimenticio.

Y una parte propulsiva, en la que se coloca el bolo sobre la lengua y esta lo empuja hacia la faringe, disparándose el reflejo deglutorio. A partir de aquí la deglución no es voluntaria.



#### 2- FASE FARÍNGEA

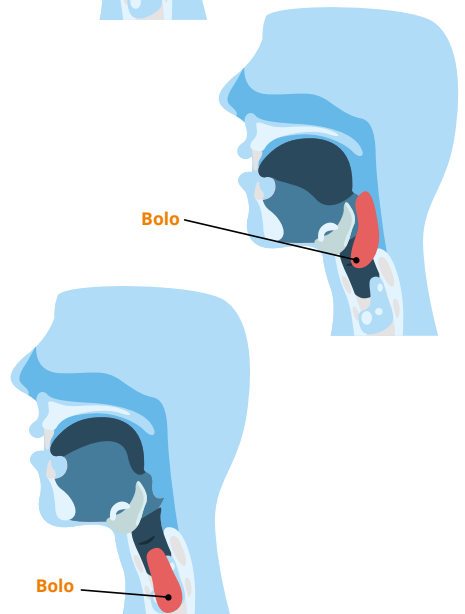
Supone el paaso por la encrucijada respiratorio-digestiva, produciéndose una apnea de deglución. Así se impide el paso de los alimentos a la vía respiratoria, y se propulsan hacia el esfínter esofágico superior, hacia el esófago



#### 3- FASE ESOFÁGICA

Se produce una contracción progresiva de la musculatura del esófago que desliza el Bolo alimenticio hasta el estómago.

La coordinación y la sincronización en el transporte del bolo alimenticio por cada una de estas etapas, están reguladas por un sistema valvular de apertura y cierre (labios, velo lingual, velo nasofaríngeo, glotis, esfínter esofágico superior) que nos aporta seguridad en la eficacia del mecanismo (evita escapes y derrames impidiendo el paso hacia la vía respiratoria).



### 3.3. VARIABLES QUE AFECTAN A LA DEGLUCIÓN.

#### VOLUMEN

En general, un volumen grande desencadena de forma más eficaz los mecanismos de deglución que uno pequeño, lo que explica la incapacidad de pacientes con patología neurológica de deglutir volúmenes pequeños como los salivales.

#### VISCOSIDAD

Los alimentos líquidos se degluten más difícilmente en pacientes con patología neurológica, con más predisposición a las aspiraciones, por retrasos de la puesta en acción del reflejo de deglución.

Los sólidos producen más dificultad si existe una alteración estructural en las vías aerodigestivas.

#### TEMPERATURA

Los líquidos muy fríos desencadenan más rápidamente el cierre laríngeo que a temperatura ambiental, aunque este efecto facilitador parece cuestionarse en pacientes con lesiones cerebrales.

#### EDAD

Son diferentes los mecanismos de deglución a lo largo de la vida. En el lactante existe el mecanismo de succión, que modifica la dinámica del proceso, y existe mayor riesgo de aspiración por inmadurez del reflejo de protección de la vía respiratoria. El desarrollo de las funciones de la deglución se produce según varían las consistencias deglutidas.

En el anciano es muy común la alteración de la deglución por pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, fuerza muscular, distensibilidad, empeoramiento en la coordinación y demás. Este cuadro se denomina presbifagia y condiciona alteraciones nutricionales y un aumento de la morbilidad.

#### POSTURA

Los cambios posturales modifican la estructura y disposición de las vías aerodigestivas condicionando una mayor o menor facilidad para la deglución, lo que resulta de gran utilidad en la rehabilitación de la deglución.

#### FÁRMACOS

Pueden alterar la deglución sustancias que actúan a distintos niveles y produzcan alteraciones del nivel de consciencia, coordinación, alteraciones motoras o sensitivas.

#### TRAQUEOSTOMÍA Y SONDA NASOGÁSTRICA

Su efecto es controvertido y dependen en su mayoría de las patologías que han llevado a tener que adoptar estas situaciones.

# 4. LA DEGLUCIÓN EN LA INFANCIA

## 4.1. FUNCIONES OROFACIALES.

El **sistema Orofacial** es el conjunto de **órganos encargados de las funciones fisiológicas de respiración, succión, deglución, habla y fonación, incluyendo todas las expresiones faciales.**

## 4.2. DESARROLLO NORMOTÍPICO

La alimentación en los primeros años de vida es muy importante ya que, estamos en un periodo fundamental del desarrollo físico, psíquico y social del niño o la niña. Por este motivo **el alimento principal en los 12 primeros meses de vida es la leche** (materna o artificial).

Durante estos **primeros 12 meses** (entre el 6º y el 12º) se **inicia la transición** a la **alimentación complementaria**, con el objetivo de aportar la **energía**, los nutrientes necesarios, estimular el desarrollo sensorial y ayudar al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad orofaríngea y de los procesos de la masticación.

Es importante que los niños y niñas coman de todo y disfruten comiendo, para ello es necesario que adquieran una serie de **habilidades físicas**, las cuales les debe permitir masticar, succionar, mover los alimentos en la boca para conseguir formar un bolo homogéneo y que, a

través de la coordinación de una serie de músculos, puedan impulsar el bolo para realizar una deglución correcta. A su vez es importante una **coordinación entre la deglución y la respiración**, ya que con esta coordinación podremos lograr una deglución segura.

Y, por otro lado, es **importante** que adquieran una serie de **habilidades sensoriales**, para que sean capaces de discriminar las diferentes texturas y de esta forma saber manejarlas en la cavidad oral.

La **alimentación es una praxia** que puede ser **aprendida y perfeccionada** y que necesita de una serie de informaciones, de experiencias y de guías que ayuden al niño o la niña con dificultades a aprender de otra forma a hacer las cosas de una manera más eficaz y segura que es capaz de desencadenar él mismo.

### SUCCIÓN

Los **niños y niñas nacen** con una serie de **reflejos** que les van a permitir adaptarse al medio y que aseguran su supervivencia. Uno de ellos es el reflejo de **succión**, que les va a permitir alimentarse al introducir el pezón o la tetina del biberón en la boca. Este reflejo se encuentra presente intraútero, a partir de la semana 20 de gestación aproximadamente y se puede observar en pruebas de imagen cuando el bebé se está chupando el dedo.

Pero al nacer, incorpora la respiración, que no estaba presente intraútero y, con ello, pueden aparecer las dificultades en la coordinación

succión-respiración-deglución.

Este reflejo pasa a ser controlado más o menos a los 4 meses, antes de esto cualquiera objeto que entre en la boca del bebé va a desencadenar la succión.

Otro de los reflejos presentes es el de búsqueda, que consiste en que al tocar/estimular los bordes de los labios, el niño o niña gira la cabeza en esa dirección, abriendo la boca e intentando succión. Este reflejo desaparece alrededor de los **3 meses de edad**.

Además, el recién nacido **presenta una anatomía que le permite una mayor succión**, como es el pseudoretrognatismo, que se trata de una mandíbula más pequeña y retraída que la del adulto, lo que le va a facilitar acoplarse al pecho para realizar una succión.

Por último, la laringe se encuentra más elevada, posicionándose debajo de la lengua. Los **movimientos** que el niño o niña puede realizar con la lengua y con la mandíbula son **anteroposteriores**, muy necesarios para una correcta succión.

La **succión** durante la lactancia materna tiene unas **características propias** que son importantes de conocer. A continuación, concretamos la secuencia de succión-deglución:

- El niño o niña se coloca recto con la cabeza ligeramente hacia atrás.
- Antes de iniciar la succión, estimular los reflejos.

- Los labios abarcan el pezón y parte de la areola. Los labios están ligeramente revertidos.

- La lengua se coloca detrás del labio inferior y encima de la encía inferior, produciendo un acanalamiento de este alrededor del pezón y de la areola.

- La mandíbula realiza movimientos hacia arriba y con ella, la lengua comprime el pezón contra el paladar.

- La parte anterior de la lengua se levanta y la posterior se deprime y se retrae. Así se desplaza la leche hacia la parte posterior.

### CUCHARA Y VASO

Hacia los **4 meses** de edad, **desaparece el reflejo de succión y de búsqueda**, lo que provoca un control voluntario de la motricidad, que va a permitir introducir nuevos alimentos y texturas. Esto se debe a que el niño o niña es capaz de realizar un **mayor número de movimientos de forma voluntaria y más madura**.

Además, desaparece otro reflejo como el de extrusión de lengua, que es el que hace que la lengua expulse aquellos alimentos de consistencia más sólida que son introducidos en la boca. Este reflejo tiene un objetivo de protección, ya que evita que el niño o niña se atragante con alimentos sólidos.

Hacia los **6 meses** de edad, **desaparece el reflejo de mordida**, por lo que será posible introducir la cuchara en la boca sin que el niño o niña la muerda. **El reflejo de náusea** se posterioriza a esta edad también. Este reflejo **no desaparece al largo de la vida**, ya que es un reflejo de protección.

Otro de los grandes aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de decidir el caso de biberón a cuchara o vaso es el control postural, pues existe una **relación estrecha** entre la **postura global del niño y el desempeño a nivel orofacial**. Cerca de los **3 meses** de edad, el niño o niña empieza a tener un mayor **control cefálico** y, posteriormente, irá desarrollando un mejor control de tronco, lo que le permitirá, por ejemplo, sentarse. Estos cambios darán lugar a un **descenso del hioides** y a un aumento de la cavidad oral, así como a una consecuente intrusión de la lengua. Por eso, cuando el niño inicia la alimentación con la cuchara o con el vaso, se produce un cambio en la postura para comer, ya que no se encuentra tan inclinado, si no en una posición más vertical.

Unidos a estos cambios, se producen otros en los movimientos de la lengua, como son los movimientos del ápice lingual de ascenso y descenso, que le van a permitir un mayor control del alimento sólido. Además, los movimientos del labio inferior hacia arriba van a permitir un mejor barrido de la cuchara y de cierre alrededor del vaso, por ejemplo. Aparecen movimientos de mandíbula más complejos y maduros.

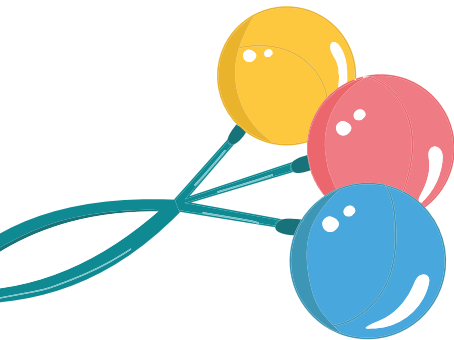
Es en esta etapa, en la que **aparece el rechazo o deseo de alimentarse**, así como la **preferencia a ciertos sabores**. Por último, mencionar que también aparece la **exploración oral de objetos**, lo que va a proporcionar una gran cantidad de información a los receptores, que le van a servir las **experiencias previas** al siguiente nivel, la **masticación**. Pero, por otra parte, en este punto la deglución también cambia, apareciendo una deglución más madura y parecida a la persona adulta.

### MASTICACIÓN

Cerca de los **7-9 meses**, se produce una **mayor estabilidad de la mandíbula**, **aparecen los movimientos laterales de la lengua**, que va a permitir llevar el alimento a las muelas para ser masticado y recogerlo posteriormente, así como una elevación de la parte posterior de la lengua. Además, los **labios** actúan de forma más activa, lo que va a permitir un **mejor cierre**, provocando un mayor control del alimento en la boca y su posterior deglución.

A partir de los **9-12 meses** van a **aparecer movimientos de rotación de mandíbula** que, acompañados de los laterales de la lengua, van a **permitir una masticación madura**. Hay una **mayor sensibilidad hacia los alimentos**, lo que va a admitir mantener ciertos alimentos en la boca o separar consistencias para poder ser tragadas por separado.

Por último, a partir de este momento y **hasta los 24 meses de edad**, los **labios, la lengua y la mandíbula** tienen la posibilidad de realizar **movimientos independientes**, existiendo una mayor estabilidad de los movimientos mandibulares. A partir de este momento, **la masticación podría decirse que es similar a la persona adulta**.





La masticación eficaz y de calidad se caracteriza por lo siguiente:

- **Incisión:** el alimento se corta con los Incisivos, con una ligera protrusión y elevación de la mandíbula. Una vez que el anaco del alimento es separado, se transporta hacia la zona premolar y molar.

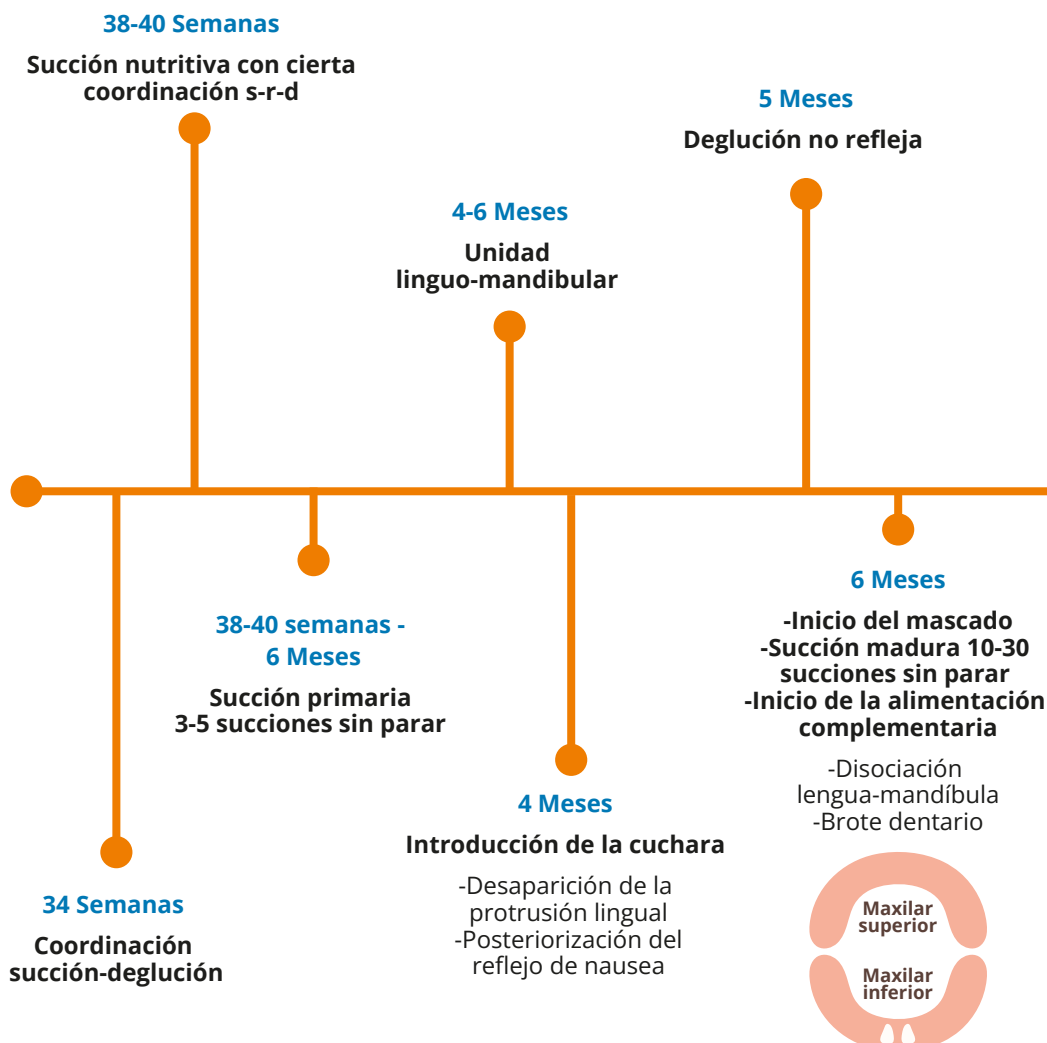
- **Trituración:** el alimento que fue elevado a los premolares y molares es triturado en partículas más pequeñas y, junto con la salvia, se empieza a formar el bolo.

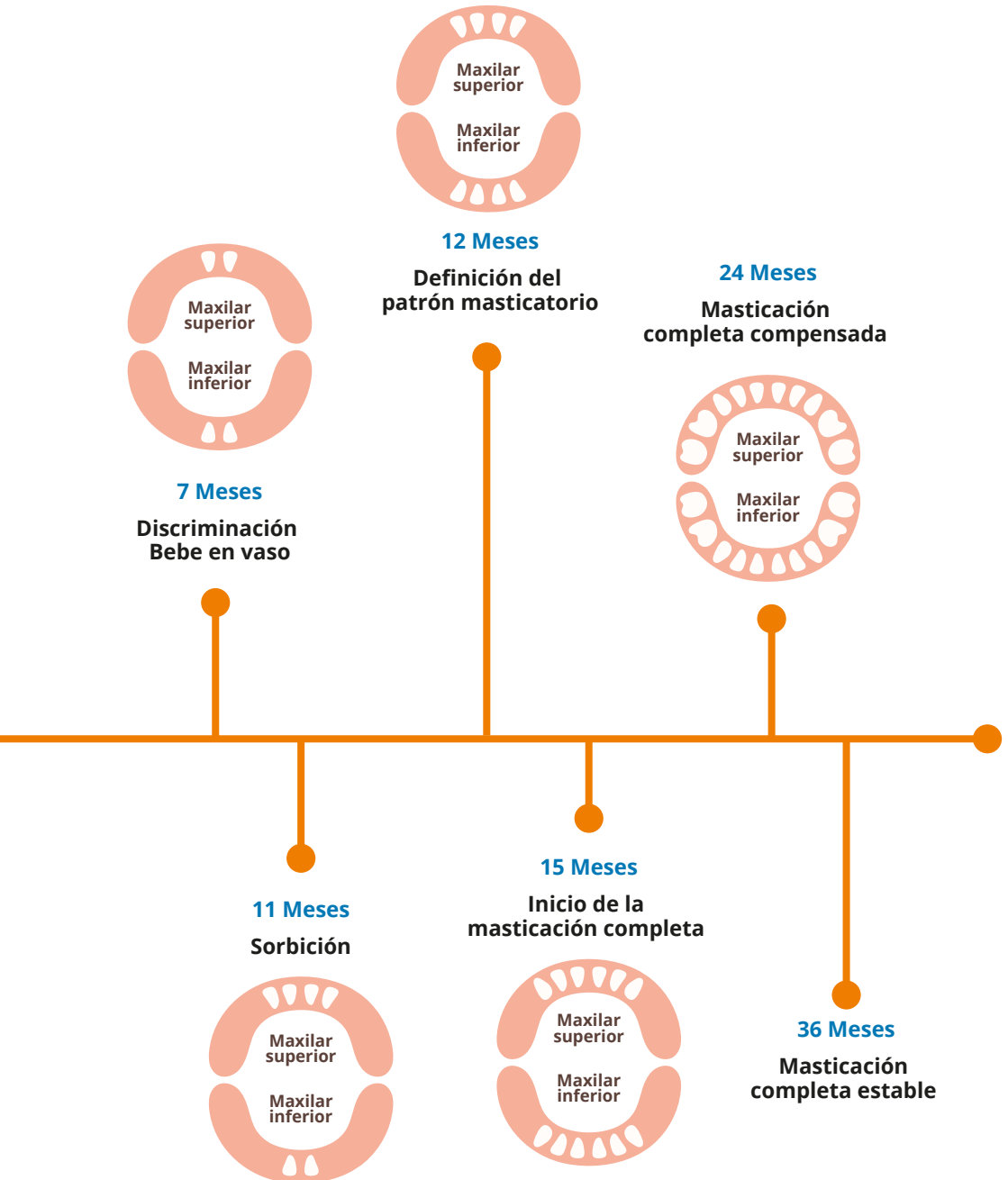
- **Pulverización:** las partículas del alimento son transformadas en elementos de menor tamaño y, junto con la saliva, se termina de formar el bolo para ser tragado.



# 5. TRANSICIÓN A LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA

## 5.1. TRANSICIÓN A LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA NORMOTÍPICO





## MANIOBRAS DE CONTROL ORAL PARA REDUCIR MOVIMIENTOS ASOCIADOS Y DAR CONTROL LINGUO MANDIBULAR.

La **estabilización mandibular** es una parte del **mecanismo oral directamente asociado a unas destrezas de alimentación y claridad del habla.**

La **estabilización** y la **disociación oral**, con la mandíbula como gran protagonista, determinará una **mayor precisión.**

Los movimientos iniciales de los bebés no son precisos ni controlados. Según las partes proximales del cuerpo logran su estabilidad, los movimientos distales son más precisos.

La **estabilidad oral dependerá** por tanto del desarrollo de la **estabilización o control del cabeza y cuello.**

Si se piensa en un niño o niña pequeño; los movimientos de su cuerpo son incontrolados e irregulares, pero se van haciendo más organizados conforme

aprenden a controlar las diversas partes del cuerpo. Una vez conseguida la estabilidad del tronco, las otras partes del cuerpo como son los brazos, las piernas, la cabeza, etc. pueden desarrollar un movimiento más refinado.

De la misma manera, la estabilidad de la boca (oral) depende de la estabilidad en cabeza y cuello, que a su vez dependen de esa estabilidad en el tronco y la pelvis. En términos generales, el **desarrollo psicomotor** del ser humano surge como una **interacción entre la estabilidad y la movilidad.**

Al nacer, el bebé presenta unos tejidos adiposos para poder chupar con efectividad. El espacio intraoral es pequeño. Según avanza el desarrollo neurológico, la estabilización oral interna emerge. Esta estabilización se centra alrededor de la articulación temporo-mandibular. Los tejidos o cojines adiposos gradualmente desaparecen y el tamaño de la cavidad oral aumenta.



## ETAPAS DE DESARROLLO DE LA ESTABILIZACIÓN MANDIBULAR

### Etapas aproximadas del desarrollo de la estabilización mandibular (Evans Morris, s, 1984, 2000)

- **0-2 meses:** El bebé no puede morder alimentos, muerde en forma fásica (aparición rápida y duración corta).

- **3-4 meses:** Disminuye el patrón fásico. Aumenta el control de cabeza, lo cual puede facilitar la estabilización de la mandíbula.

- **5-6 meses:** La mandíbula logra mayor estabilidad, lo cual permite ciertos movimientos, mayormente verticales. Inhabilidad de morder en forma sostenida. Desaparece el patrón fásico.

- **7-9 meses:** El bebé estabiliza la mandíbula en una posición semi-cerrada al sostener una galleta por ejemplo entre las encías. La mandíbula se mueve en un patrón lateral diagonal siguiendo a la lengua, mientras ésta mueve el alimento hacia los lados.

- **10-12 meses:** Puede comer una galleta al morder controladamente. La mandíbula se puede desplazar de diferentes maneras: en un plano vertical, hacia el frente, hacia atrás, rotativo y diagonal. Los labios se mantienen muy activos al masticar.

- **18 meses:** Muerde en forma sostenida alimentos duros (galletas) pero aún presenta movimientos asociados de cabeza, brazos o piernas. Al beber de

una taza, muerde los bordes para lograr estabilización mandibular.

- **21 meses:** Hay ausencia de movimientos asociados al morder, pero aún abre la boca más de lo necesario.

- **24 meses:** Muerde en forma controlada con movimientos disociados.

Los movimientos al masticar son diagonales, rotativos al cruzar la línea media para transferir el alimento, aunque en ocasiones puede utilizar los verticales.

- **24-36 meses:** Puede graduar la apertura de la boca dependiendo del tamaño del alimento.

La gradación de la apertura de la boca, o de los movimientos de mandíbula es una destreza precisa que requiere de una buena estabilización.

La habilidad de partir los alimentos con los dientes (ej. una galleta) variando el grado de fuerza o presión al morder, así como ajustar la apertura de la boca que comentamos, dependiendo del tamaño del alimento, es producto de la estabilización mandibular.

La gradación de la mandíbula no sólo es necesaria para la alimentación sino también para la producción del habla porque los fonemas requieren de diversa gradación de apertura de la mandíbula para lograr la precisión.

Tal y como recoge Rosenfeld-Johnson; *"hay una clara asociación entre dificultades con la estabilización de la mandíbula y dificultades con la destreza de alimentación y la claridad del habla"*.

## REFLEJOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN.

En la alimentación del niño o niña, hay que tener en cuenta **varios reflejos** que están presentes. Estos reflejos les ayudan a introducir **nuevas habilidades motoras y patrones** durante la transición a los alimentos sólidos de forma segura.

**- Reflejo de extrusión** El reflejo de extrusión consiste **en hacer empuje con la lengua hacia fuera de la boca.**

Este reflejo aparece desde el nacimiento, por lo tanto, es innato, y puede durar **hasta los 7 meses de edad.**

Este reflejo **protege** al niño o niña, pues le **permite sacar cualquier objeto de la boca, en caso de necesitarlo.** Este reflejo es favorable en la alimentación del niño o niña durante la transición a los alimentos sólidos, porque le dará un **nivel de protección** mientras que aprende los patrones y habilidades motoras necesarias para la masticación del alimento.

**- Reflejo de lateralización de la lengua:**

Este reflejo también **es innato y aparece ya desde el nacimiento.** Este reflejo consiste en que el niño o niña va a **mover la lengua hacia el lado donde nota un estímulo.** Puede estar presente **hasta los 9 meses de edad.**

Cuánto más se desarrolla en el niño o niña los movimientos de lengua de lado a lado, los movimientos de empuje de lengua irán desapareciendo.

A medida que se van desarrollando la alimentación, el reflejo de extrusión se convierte en un patrón para mover y masticar alimentos.



**- Reflejo nauseoso:** Es otro **reflejo de protección**, al que también se le conoce como **reflejo faríngeo o espasmo laríngeo.** Cuando un objeto toca la parte posterior de la lengua o de la garganta, el paladar blando o el área de las amígdalas se produce una **contracción de la parte posterior de la garganta**, empujando el objeto hacia la parte anterior de la boca para evitar un atragantamiento o asfixia. Este reflejo es **innato y aparece ya desde el nacimiento, pero disminuye sobre los 7 meses de edad.** A medida que va evolucionando la alimentación del niño o niña, se desencadenará con trozos más gruesos peligrosos para la digestión.

Al ser un reflejo de protección, nos dará un nivel de seguridad en la transición a alimentos sólidos al igual que los dos reflejos anteriores.



## 5.2. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA CUANDO SE VA A INICIAR LA TRANSICIÓN.

Existen algunas **recomendaciones** que nos indican si el niño/a está preparado para iniciarse en la alimentación con sólidos:

- El niño o la niña debe tener entre 4 y 6 meses de edad.
- Haber duplicado su peso desde el momento del nacimiento.
- Mantener la cabeza erguida y ser capaz de girarla hacia los lados.
- Mantenerse sentado solo o sola o con ayuda. Debe ser capaz de sentarse en una sillita alta, silla para comer o asiento para bebés, con un buen control cefálico.

- Mostrar interés por lo que come y pedirnoslo.
- Que haya desaparecido el reflejo de extrusión.

La **cuchara ideal para dar de comer al bebé debe ser plana**, con los bordes romos, adecuada al tamaño de la arcada dentaria del niño o niña y que tenga el mango ancho o arqueado. Se aconseja que sea de plástico para evitar la sensación desagradable cuando las encías estén inflamadas.

**Cuando se inicia la alimentación** con cuchara debemos de tener en cuenta algunas pautas:

- La cuchara deberá acercarse al bebé de abajo-arriba.
- Usar cantidades muy pequeñas de alimento.
- No debemos vaciar la comida en la boca del niño o la niña. En su lugar, él debe recoger el alimento con los labios.
- Hay que dar tiempo al niño o la niña para que trague y respire, por lo que habrá que realizar pausas entre las cucharadas.
- No se deben de mezclar los alimentos.

### **5.3. OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN CON LA INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA.**

- Promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
- Proveer nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
- Enseñar al niño o niña a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
- Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres, madres, hijos e hijas.
- Conducir a la integración de la dieta familiar.
- Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras.
- Promover la alimentación sana en toda la familia, ya que será el futuro de la alimentación en el niño o la niña.





# 6. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA

## 6.1. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA SUCCIÓN.

Cuando **nace el bebé**, lo primero que se intenta es que pueda realizar la **lactancia**, si la familia así lo desea. Para ello, se suele ofrecer desde el principio, la oportunidad de colocar al bebé al pecho para que se disparen los reflejos descritos anteriormente y pueda llevarse a cabo la lactancia. En ocasiones, este primer contacto entre madre y bebé no es posible debido a complicaciones que pueden surgir durante el parto o posteriormente. Si se presenta esta dificultad, es posible que la adaptación a la lactancia presente dificultades, pero aun así no es imposible.

En otras ocasiones nos encontraremos con niños y niñas un poco mayores, de 1-2 meses, que siguen presentando dificultades para succionar, incluso cuando se les ha dado tiempo para esta adaptación.

Aunque la **succión se desencadena por un reflejo**, tanto la madre como el bebé deben aprender a realizarla correctamente, **necesitando tiempo para el aprendizaje mutuo y la adaptación a la nueva situación**.

También comentábamos que, aunque el reflejo de succión está presente intrauterino, cuando el bebé inicia la succión al nacer, debe incorporar a la respiración la coordinación que realizaba antes de la succión-deglución y en esta parte pueden aparecer muchas dificultades.

A continuación, detallamos algunas de las **dificultades más comunes** en este sentido:

**ESTADO DE ALERTA:** La **función** del estado de alerta es **dotar a la corteza cerebral de la activación necesaria para que sea capaz de captar la información que le llega y procesarla con la velocidad necesaria**. Se considera que la cantidad de recursos de procesamiento disponibles en el sistema cognitivo depende del nivel de alerta en ese momento. Interviene cuando es necesario mantener la atención.

Hay **dos tipos de alerta**:

- El **estado de alerta tónico** es el **estado de activación general del organismo y fluctúa según determinados ciclos biológicos** (a lo largo del día, las estaciones, la vida...). Se ve afectado por la naturaleza nueva o monótona de las tareas, generalmente comenzando a declinar con tareas monótonas después de media hora.

- El **estado de alerta fásico** es un **estado rápido y transitorio de preparación para procesar un estímulo en una situación particular**. Suelen ser estímulos repentinos e inesperados. El nivel de alerta se ve afectado tanto por estímulos internos (hambre, dolor...) como externos (temperatura, iluminación, ruido...). Este estado de alerta no sólo nos interesará en este primer momento de la vida del niño o la niña, sino a lo largo de todo su desarrollo, teniendo implicaciones no sólo en la alimentación, sino en cualquier otra actividad.

**POSTURA INADECUADA:** Las **alteraciones en el control postural** tienen una **implicación directa sobre la funcionalidad y la seguridad alimentaria**. Como vimos en apartados anteriores, existe una estrecha relación entre la postura y la organización y el desempeño a nivel orofacial. Estas alteraciones pueden afectar el tiempo de succión y que su resultado no sea positivo. En ocasiones, necesitaremos una postura diferente durante la evaluación e intervención y durante la alimentación.

**ALTERACIÓN DE LOS REFLEJOS O RESPUESTAS MOTORAS** del bebé que dificultarán su preparación para la alimentación y la succión. A veces, incluso si los reflejos están presentes, pueden ocurrir reacciones o respuestas anómalas a los mismos. Por ejemplo, con el reflejo de búsqueda, en menores con alteraciones motoras importantes se pueden observar movimientos alterados o anormales que acompañan al reflejo y dificultan su función.

**AUSENCIA DE SURCOS DE LA LENGUA ALREDEDOR DE LA AREOLA O TETINA** lo que dificulta la correcta succión. Cuando el bebé empieza a succionar, acanala la lengua para poder recoger y transportar mejor el líquido. Si no se ranura correctamente, surgirán dificultades en la correcta manipulación de los alimentos. Además, estas dificultades en esta primera fase ponen en riesgo la posterior organización de la deglución.

**INCOMPETENCIA EN EL CIERRE DE LOS LABIOS** conduce a un agarre incorrecto de la areola o tetina y dificultades para succionar. Decíamos que **el cierre labial es el primer esfínter o válvula con el que se organizará el resto de la alimentación**, si dicho cierre no es competente, el niño o niña no podrá realizar una correcta succión, para extraer correctamente el alimento con el menor esfuerzo, siendo probable que parte del alimento se derrame.

**SUCCIÓN INSUFICIENTE:** La succión es una necesidad fisiológica del bebé y, en ocasiones, la succión que se produce durante la alimentación no es suficiente para satisfacer esta necesidad. Por eso, en ocasiones, el niño o niña necesita seguir mamando sin el objetivo de alimentarse. Es lo que se conoce como succión no nutritiva, que se puede realizar con el dedo de una persona adulta, el dedo del bebé, un chupete...

### INCOORDINACIÓN

**RESPIRACIÓN-SUCCIÓN-DEGLUCIÓN:** la descoordinación respiración-succión-deglución es una de las mayores dificultades a las que nos podemos enfrentar. El patrón normal durante la toma es primero grandes grupos de succión con pausas cortas, luego menos succiones y aumentando el tiempo de las pausas, y finalmente pausas prolongadas con pequeños grupos de succión. **Es importante evaluar la succión no solo durante unos segundos, sino evaluar el patrón a lo largo de toda la succión y ver si cambia.**

**CARACTERÍSTICAS DE LA COMIDA:** En ocasiones, sobre todo en la lactancia artificial, podemos encontrar rechazo a la comida por la temperatura de la comida, ya sea porque está demasiado fría o caliente. También hay que tener en cuenta que la temperatura de la botella cambia con el tiempo y que en ocasiones es necesario recalentar la botella o dividir la cantidad para mantenerla a la temperatura ideal. Esto puede ocurrir en menores en los que las tomas se hacen muy largas.

### CARACTERÍSTICAS DE LOS UTENSILIOS:

Elegir la tetina más adecuada según las características del bebé no es fácil. Una elección incorrecta puede hacer que la tetina sea demasiado grande para el niño o niña y dificultar el cierre de los labios y la correcta colocación de la lengua. O la elección de una tetina con un orificio muy grande o un flujo muy rápido produce descoordinación porque el bebé no puede controlar toda la comida que se le mete en la boca.

**CANSANCIO:** Otra de las dificultades que nos podemos encontrar es la aparición del cansancio ya sea desde el inicio del disparo o a medida que avanza. Podemos observar comportamientos como la reducción de los movimientos de succión, disminución de los reflejos, temblor de la lengua, alteración del ritmo respiratorio o cardíaco, hipoactividad, hipo (hipo), etc. que nos ponen en alerta de que el bebé empieza a cansarse.

## 6.2. PROBLEMAS MÁS COMUNES CON EL VASO Y LA CUCHARA.

En este apartado vamos a dividir las dificultades según el momento en que introduzcan la cuchara o el vaso.

Los problemas más comunes con la **cuchara** son los siguientes:

**INTERPOSICIÓN DE LA LENGUA:** Es muy común encontrar patrones de interposición de la lengua **durante la recepción de la cuchara y/o durante la deglución**. Este patrón tiende a ir acompañado de otras compensaciones, como algo de avance de la cabeza y/o extensión de la cabeza. Además, estos patrones tienden a desencadenar mordidas abiertas anteriores que pueden afectar la masticación adecuada en una etapa posterior.

**CONTRACCIÓN DEL MENTÓN:** En ocasiones la fuerza o activación obtenida del orbicular hace que el niño o niña adquiera como compensación la activación del mentón. Esta compensación suele aparecer para evitar que la lengua sobresalga o cuando se necesita más fuerza para hacer un barrido adecuado de la comida alrededor de la cuchara.

**INTERPOSICIÓN DEL LABIO INFERIOR:** En ocasiones la fuerza o activación obtenida del orbicular hace que el niño o niña adquiera como compensación la activación del mentón. Esta compensación suele aparecer para evitar que la lengua sobresalga o cuando se

necesita más fuerza para hacer un barrido adecuado de la comida alrededor de la cuchara.

**MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS DE LA CABEZA:** Cuando esta organización orofacial para la deglución no se realiza de forma adecuada, en ocasiones se produce una extensión y/o movimiento de la cabeza hacia delante que ayuda a tragar los alimentos. **Las causas más comunes son la masticación ineficiente**, que resulta en la no formación del bolo alimenticio o **movimientos ineficaces de la lengua**. El **objetivo es aumentar el espacio orofaríngeo y mover la comida**. Otras veces puede deberse a un patrón de alimentación incorrecto por parte de la persona adulta, lo que lleva a la extensión de la cabeza.

**MORDER LA CUCHARA:** En ocasiones esto puede deberse a que el reflejo de morder aún está presente. Pero en otras ocasiones puede deberse a un descontrol en la mordida. Por ejemplo, en algunos niños y niñas con parálisis cerebral, podemos observar que, al igual que se producen contracciones patológicas en otros grupos musculares, pueden darse en los músculos encargados de masticar. Pero al morder, no saben relajar este músculo para poder volver a abrir la mandíbula. También es muy típico observarlo en menores que llevan mucho tiempo alimentados con semisólidos y cuando intentan introducir la masticación, el control sobre esta actividad es muy pobre, cerrando la mandíbula ante la presencia de algo en la boca no saber controlarlo.

**INCOMPETENCIA DEL ESFÍNTER LABIAL:**

**Para un correcto uso de la cuchara**, es necesario que el niño o niña sea capaz de realizar un **buen cierre labial** que le permita recoger los alimentos de la cuchara. Además, como ya hemos dicho, este primer sello o válvula es necesario para poder organizar correctamente la deglución. Muchos niños o niñas que presentan dificultades para cerrar los labios, al no poder recoger la comida, sus cuidadores tienden a echársela a la boca, lo que provoca, en un gran número de ocasiones, una extensión de la cabeza.

**PRESENCIA DE RUIDOS:** La presencia de ruidos durante la deglución puede deberse a una **fuerza excesiva del dorso de la lengua contra el paladar**. Suele ser una forma de compensar la falta de apoyo de la punta de la lengua sobre el paladar al quedar baja y sin fuerza, lo que provoca una inversión del punto de apoyo.

**PRESENCIA DE RESIDUOS DE ALIMENTOS:** Las **causas más comunes son la hipofunción de los bucinadores**, que permite que los alimentos caigan al vestíbulo y permanezcan allí sin volver a la superficie oclusal de los dientes; **alteración de la movilidad de la lengua**, que no puede recoger alimento; **a la propiocepción y/o sensibilidad**, lo que hace que el niño o niña no sea consciente de que hay restos en la boca o que no sepa exactamente dónde están.

Los problemas más comunes al insertar el **vaso** con lo siguiente:

**INTRODUCIRLO DEMASIADO PRONTO O DEMASIADO TARDE:**

Se recomienda introducir el uso del vaso más o menos un mes después de dominar la cuchara. Esto **permitirá una mayor organización y coordinación de los movimientos necesarios para su realización**. La introducción muy temprana hace que el niño o niña no pueda adquirir los requisitos previos necesarios para su correcta ejecución. Extender demasiado la succión hace que este patrón se mantenga y luego, es más complicado aprender y establecer el patrón de sorber.

**PROTRUSIÓN DE LA LENGUA: Asociada a movimientos de succión;** suele ocurrir porque persisten movimientos inmaduros a nivel orofacial, que dificultan el aprendizaje de un nuevo patrón. Otra razón es prolongar el uso de succión nutritiva y no nutritiva.

**INCOMPETENCIA DEL CIERRE LABIAL:** Al igual que con la cuchara, es **necesario tener un buen cierre labial** que nos permita adaptarnos al vaso y recoger y sorber el agua del mismo. Posteriormente necesitaremos un buen esfínter para la posterior organización de la deglución. Esta falta de cierre de labios hará que el niño o niña no controle la cantidad de agua que quiere recoger y que derramará.

**SUCCIONAR EN LUGAR DE ASPIRAR:**

Esto es normal en las primeras etapas, pero luego se debe ir a un patrón más maduro, bebiendo con el vaso.

**EXTENSIÓN DE LA CABEZA:** Como hemos visto, es la causa muy variada. Otra razón de esta extensión puede ser la falta de control postural. Aparte de las dificultades que conlleva la correcta organización a nivel orofacial, hay que tener en cuenta la implicación que este aspecto tiene en la seguridad durante la alimentación. La postura de extensión de la cabeza es una postura que pone en riesgo las vías respiratorias y puede provocar penetración o aspiración.

### **6.3. PROBLEMAS MÁS COMUNES EN LA MASTICACIÓN.**

Los **problemas más comunes** durante esta etapa son:

**DIFICULTADES PARA INICIAR VOLUNTARIAMENTE LA DEGLUCIÓN (APRAXIA):** Las dificultades para planificar los movimientos necesarios para la masticación repercuten significativamente en la alimentación.

**ALTERACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS MASTICATORIOS:** Aunque en **general todos tenemos un lado dominante en la masticación**, este tiende a ser más o menos igual. Podemos encontrar una masticación unilateral (alteraciones en la oclusión, dificultades en la movilidad de una hemicara, dolor...) y una masticación bilateral simultánea (no hay movimientos rotacionales o laterales de la mandíbula).

**EFICACIA:** Masticación sin cierre labial, masticación con ruidos (causas: actividad lingual exagerada, amansamiento del alimento contra el paladar sin ausencia de cierre labial), afectación exagerada de la musculatura periorbicular y contracción

del músculo mentoniano (causas: hipofunción del orbicular).

### **ALTERACIÓN EN LA FORMACIÓN DEL BOLO/REDUCCIÓN DEL CONTROL DEL BOLO CON LA LENGUA.**

**TIEMPO:** Podemos encontrarnos con masticaciones demasiado rápidas, con pocos ciclos masticatorios y mala trituración y pulverización del alimento, por lo que se traga sin triturar. También podemos encontrarnos con una masticación más lenta, en la que aparece cansancio, falta de coordinación, poca fuerza para triturar los alimentos, etc.

### **PROTRUSIÓN DE LA LENGUA DURANTE LA MASTICACIÓN Y POSTERIOR**

**DEGLUCIÓN:** Las causas más habituales son un patrón de inmadurez, hipotonía y falta de coordinación.

**MASTICACIÓN ADAPTADA** a las posibilidades anatómicas y funcionales del niño o niña (interposición lingual por amígdalas hipertróficas, no realiza masticación bilateral por alteración de la mordida, etc.).

**PRESENCIA DE RESIDUOS** en surcos laterales o anteriores.

**CANDIDAD INADECUADA** que no permite tragar todo; muchos niños introducen cantidades muy grandes o son los padres quienes les dan cantidades excesivas que no pueden manejar por vía oral. El patrón que desencadenan es el que pueden dadas las características del alimento. En otros casos, las piezas son tan pequeñas que el niño o niña no puede identificarlas dentro de su boca.

**PROBLEMAS DE CONDUCTA:** Muchos de estos niños o niñas tienen problemas de conducta relacionados con la alimentación. Las dificultades a nivel orofacial, las vivencias que acompañan el momento de la alimentación, la falta de variedad en las comidas... provoca problemas de rechazo y negación a la hora de comer. Pero estos **problemas no son problemas de comportamiento como tales**, sino que tienen una causa justificable detrás de ellos, que debe abordarse antes de intentar cualquier modificación del comportamiento.

#### 6.4. OTRAS DIFICULTADES.

##### PROBLEMAS A NIVEL SENSORIAL:

- Dificultad para hacer la transición de nuevos sabores, texturas, temperaturas o modos de alimentación.

- Problemas con las texturas y, sobre todo, al estar acostumbrado a una misma.

- **Características sensoriales del alimento:** dureza, masticabilidad, cohesión o ausencia de ésta, adhesión, viscosidad de los líquidos (claro, néctar, miel, pudín) o tamaño.

##### PROBLEMAS POR HIPERSENSIBILIDAD:

- Dificultad para tolerar los estímulos sensoriales en la cara, las encías y la cavidad bucal.

- Dificultad para aceptar la introducción de nuevos alimentos al estar habituados a texturizados.

- Dificultad para aceptar la higiene bucal.

- Rechazo al detectar mínimos cambios de textura.

- Que prefieran alimentos sin sabor o, todo lo contrario.

- Hipersensibilidad a ciertas texturas.

- Náuseas al ver, tocar u oler alimentos.

- Acumular alimentos en la boca o escupirlos para evitar tragar.

- Tener reacciones exageradas a ciertos momentos, por ejemplo, la entrada de un cubierto en la boca.

##### PROBLEMAS POR HIPOSENSIBILIDAD:

- Percibir las sensaciones únicamente si son muy fuertes (sabores, texturas, temperaturas).

- Se pueden acumular alimentos en la boca sin tener conciencia.

- Preferir bebidas gaseosas para notar la estimulación.

##### PROBLEMAS A NIVEL MOTOR

- Dificultad para recoger el alimento.

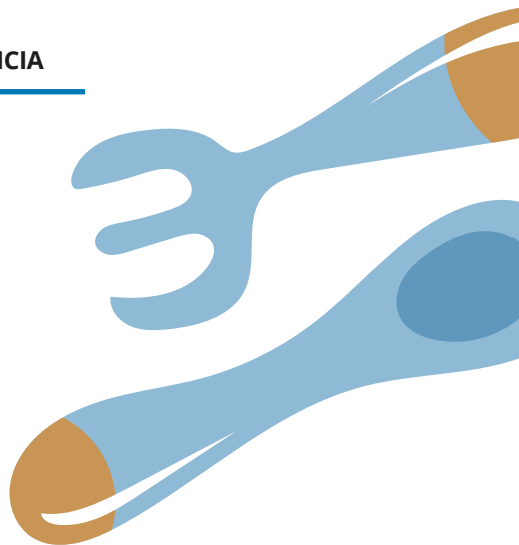
- Almacenamiento de comida en la boca.

- Escape de alimento por déficit en el sello labial.

- Dificultad para realizar movimientos masticatorios (dificultad en coordinación muscular).

- Patrón masticatorio alterado.

- Dificultad para formar el bolo.
- Dificultad en iniciar la deglución.  
Babeo frecuente.
- Residuos de alimentos en la boca tras la deglución.
- Dificultades en relación al control y a la fuerza de labios, lengua, mejillas y mandíbula.



## 7. VALORACIÓN DE LAS DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN

### 7.1. VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN.

Anamnesis (datos relacionados con la alimentación) (*Anexo 2*)



Para realizar una valoración completa del sistema orofacial, ver FICHA MIOFUNCIONAL, del "Protocolo de valoración de la deglución y alimentación en personas con parálisis cerebral y discapacidades afines" (pág. 32-42).

### 7.2. VALORACIÓN DEL SISTEMA OROFACIAL.

**Explorar y valorar las estructuras orofaciales, tanto en reposo como en movimiento es un requisito indispensable para elaborar un diagnóstico miofuncional** lo más descriptivo posible. Esto ofrece una serie de pautas y guiará la intervención, no sólo en la corrección de malos hábitos o instauración de nuevos patrones, sino también, de cara a la consecución de un tratamiento más globalizado.



Deben tenerse en cuenta una serie de puntos para realizar la valoración y el diagnóstico:

- Establecer un clima favorable.
- Fomentar que la persona sea lo más espontánea posible en sus movimientos.
- Repetir los movimientos y las maniobras las veces que sea necesario para poder recoger toda la información.
- No confundir la dificultad de la ejecución del movimiento con una alteración neuromuscular cuando, por edad o dificultad de aprendizaje, la persona no ejecute dicho movimiento.
- Comprobar la valoración y constatar con el resto de los profesionales que intervengan en el caso.

Para realizar una valoración completa del sistema orofacial, ver FICHA MIOFUNCIONAL, del *"Protocolo de valoración de la deglución y alimentación en personas con parálisis cerebral y discapacidades afines"* (pág. 32-42)

### **7.3. VALORACIÓN DEL ENTORNO DEL NIÑO O LA NIÑA (SOCIAL, FAMILIAR Y ESCOLAR).**

Es **recomendable conocer los hábitos de alimentación del entorno del niño o niña.**

La grabación de la situación del niño o niña en su entorno natural ofrece mucha información sobre cómo se desarrolla la familia y el o la menor en su día a día, esto nos va a permitir llevar a cabo las modificaciones que se estimen oportunas.

En ocasiones, también **es recomendable elaborar registros de alimentación.** De esta forma se pueden obtener muchos datos acerca de las horas a las que come/bebe, la cantidad que se le ofrece, qué come, cómo lo come, etc.

## VALORACIÓN DE LAS DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN

	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	CENA
<b>HORARIO</b> (Hora y duración)				
<b>¿QUÉ COME?</b> (Tipo de alimentos y texturas)				
<b>TEMPERATURA</b>				
<b>CANTIDAD</b>				
<b>LUGAR</b>				
<b>¿CÓMO?</b> (Postura, asiento, TV...)				
<b>HIDRATACIÓN ¿ESPESANTE?</b> (Cantidad, cuando bebe, ¿qué bebe?)				
<b>ESTADO DE SUEÑO/VIGILIA</b> (Alerta)				
<b>MEDICACIÓN</b> (Tipo, cómo lo toma, y cuando)				

De la misma forma que nos interesa saber cómo se desarrolla el niño o la niña en su entorno más familiar, es **necesario recoger la información del entorno escolar**. De igual forma, se envía un registro para poder comparar el desempeño del niño o niña y, si es posible, pedir una grabación del momento de la comida.

Por último, nunca debemos olvidarnos de la **implicación que pueden tener los problemas de alimentación en el entorno social del niño o niña y su familia. Es importante tener en cuenta que la alimentación es un acto social de relación**. Desde el momento en el que se nace, se empieza a crear un vínculo con la persona que da de comer y, además, en ese momento, se produce una comunicación y un intercambio entre el niño o niña y la persona adulta. A medida que se va creciendo, gusta comer acompañados, celebrar todos juntos

alrededor de la mesa...

**Todo esto viene influenciado por la cultura y las costumbres de los padres, madres y su familia.**

#### Interpretación de resultados

Con todos los resultados obtenidos de la valoración directa con el niño o niña y con la información de diferentes agentes que lo atienden, se van a interpretar y sacar conclusiones sobre la situación del mismo y de la problemática que existe.

De esta forma, se analizan los diferentes aspectos que influyen en los problemas de alimentación del niño o la niña, concretando las dificultades que se encuentran en cada área. Toda esta información, se recoge en un informe, para luego ser transmitido a la familia, escuela y otros equipos de profesionales.



## 7.4. VALORACIÓN DEL ASPECTO MOTOR RELACIONADO CON LA ALIMENTACIÓN.

Para poder realizar la **valoración del aspecto motor relacionado con la alimentación**, con anterioridad, como se ha podido observar en la trayectoria del documento, se debe realizar una **valoración sobre los reflejos orales del recién nacido, estructura, postura, musculatura, función masticatoria y función sensitiva**, puesto que siempre que tratamos el aspecto motor tiene que estar relacionado con la **estructura, nivel sensitivo y función:**

### LOS REFLEJOS ORALES DEL RECIÉN

**NACIDO:** Es importante tener en cuenta, que para que se llegue a dar el paso a alimentación sólida hay que ser capaz de estar sentado solo, tener interés por la comida, que se lleve el alimento a la boca, pero lo más importante... es que si aún continua el **reflejo de búsqueda, de succión y protrusión lingual**, lo que produce es una inmadurez total, no permite el paso a alimentación sólida. Aspecto concluyente para que pueda comer por la boca.

**ESTRUCTURA:** para ello se puede utilizar instrumento estandarizado o extracto de dicho instrumento de valoración: *Protocolo de Evaluación en Motricidad Orofacial (Susanibar F; Parra D; Dioses A; Alarcón O.) PEMO.*

**POSTURA:** Cuello, hombros, caderas, pies apoyados o no...

**MUSCULATURA:** para ello, también, se puede utilizar instrumento estandarizado o extracto de dicho instrumento de valoración: *Protocolo de Evaluación en Motricidad Orofacial (Susanibar F; Parra D; Dioses A; Alarcón O.) PEMO.*

**FUNCIÓN MASTICATORIA:** para ello se puede utilizar una prueba más objetiva que mide ciclos masticatorios (únicamente para adultos): *Test of Mastication and Swallowing Solids (TOMASS). Huckabee, M.L., et al. (2018). The Test of Masticating and Swallowing Solids (TOMASS): Reliability, validity and international normative data. Int J Lang Commun Disord, 53(1), 144-156. doi: 10.1111/1460-6984.12332. PMID: 28677236.*

**FUNCIÓN SENSITIVA:** *Protocolo de Evaluación en Motricidad Orofacial (Susanibar F; Parra D; Dioses A; Alarcón O.) PEMO.*

Después de tener recogido estos datos, podemos centrarnos en la valoración sobre el aspecto motor relacionado con la alimentación. Demos tener en cuenta que una **alteración en la alimentación** puede producir una **dificultad para succionar, morder, masticar, manipular los alimentos en la cavidad oral, controlar la saliva y tragar**. En el acto de deglución en el que se ve comprometido un conjunto de mecanismos de fuerzas, movimientos y presiones, se utilizan y se deben valorar:

## - MÚSCULOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN QUE INTERVIENEN EN LAS FASES DE LA DEGLUCIÓN.

- **Fase anticipatoria:** en el que interviene el olfato y la visión y que hay que tener también en cuenta.

- **Fase oral:** En la que se produce la masticación y los movimientos necesarios de elevación y descenso, laterales, rotatorios en los que interviene la Articulación Temporo Mandibular (ATM):

- Movimiento de descenso: músculo digástrico, milohioideo y genihioideo.

- Movimiento de elevación: músculo temporal (fibras verticales), masetero y pterigoideo interno o medial.

- Movimiento de proyección hacia delante: los dos músculos pterigoideos externos o laterales en contracción a la vez.

- Movimiento de proyección hacia atrás: músculo digástrico y temporal (fibras horizontales).

- Movimientos laterales: músculos pterigoideos, externo e interno, contraídos de un solo lado.

- **Sellado labial:** En esta etapa se evita la salida del alimento fuera de la cavidad oral, pero, además, se encarga de la formación del bolo y propulsión lingual. Los músculos que intervienen son:

- Músculo bucinador.

- Músculos del paladar.

- Músculos de la lengua: músculos intrínsecos y extrínsecos.

- **Etapa Esofágica:** Los músculos que intervienen en esta fase son los constrictores de la faringe que conducen el bolo por el esófago hasta el estómago. Para este proceso es importante la coordinación del logopeda junto con el fisioterapeuta en la valoración funcional de la musculatura implicada en la deglución (y habla) para poder comenzar una intervención en aquellos aspectos que se vean comprometidos.

## - 6 PARES CRANEALES.

La **valoración de los pares craneales** es un **proceso minucioso** en el que pueden aparecer ciertas dificultades y es por ello que surge la necesidad y requerimiento de poseer una formación muy precisa sobre **anatomía y procesos patológicos**. Es muy importante dicha valoración, nos interesa para mejorar en la valoración a nivel motor que hagamos relacionada con la alimentación.

Son **6 los pares craneales que intervienen en este proceso** y que tenemos que tener en cuenta como observación en el momento que surjan dificultades o complicaciones:

- Par craneal V: Nervio trigémino.

- Par craneal VII: Nervio facial.

- Pares craneales IX y X: Nervio glossofaríngeo y nervio vago.

- Par craneal IX: Nervio accesorio espinal.

- Par craneal XII: Nervio hipogloso.

En el artículo que adjuntamos a continuación se puede obtener información más detallada acerca de cómo valorar dichos Pares Craneales: *“Cómo valorar los 12 pares craneales y definir los problemas relacionados con ellos que se pueden detectar en el examen físico. Rachel L. Palmieri, RN-C, ANP, MS”*.

A mayores, se puede utilizar el siguiente: *Protocolo de Evaluación de los Pares Craneales: SCE- TOOL. Clinical Swallow Exam Tool*

#### - SEGMENTOS CERVICALES.

Las vértebras cervicales son las más pequeñas y móviles de la columna vertebral. Están situadas en el cuello, formando parte de la columna vertebral y sirven para sostener la cabeza y proporcionar la flexibilidad necesaria para posicionarla.

# 8. PAUTAS Y RECOMENDACIONES

## 8.1. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN.

Es **importante** que el bebé se acostumbre al proceso de comer; **sentarse, tomar el alimento con una cuchara, descansar entre bocados y detenerse** cuando no tiene más hambre. Estas experiencias tempranas, ayudarán a que el niño o la niña aprenda hábitos de alimentación durante toda su vida.

Es **recomendable:**

Proporcionar un entorno adecuado y facilitar que el momento de la comida sea placentero y pueda disfrutar de él:

- Establecer un horario de alimentación y un lugar fijo, para que el niño o la niña tenga una rutina y se anticipe a la situación.

- En la medida de lo posible, el lugar donde coma debe ser tranquilo, sin ruidos ni distracciones (televisión, Tablet, móvil, etc.), ya que puede provocar que el niño o la niña se sobresalte y no ayude a que su deglución sea segura

Compartir el momento de la comida con la familia:

- Compartir la mesa con la familia y participar de los momentos de reunión familiar/amistad, en la medida de lo posible. Esto le ayuda a sentirse integrado y que forma parte de ese momento.

- A veces es difícil organizarse en casa para que todos puedan comer juntos a la vez, pero se puede intentar que, al menos, se comparta el momento del postre.

Facilitar su participación y decisión en la medida de sus posibilidades:

- Que pueda hacer cosas él o ella sola, por ejemplo, llevarse un alimento a la boca.

- Dejar que manipule los alimentos para poder experimentar sensaciones.

- Darle el tiempo necesario para comer, las prisas no son buenas.

- Participar en la elección de alimentos, en la medida de sus posibilidades, para poder expresar gustos y preferencias.

## 8.2. ¿QUÉ ALIMENTOS SE RECOMIENDAN?

### - ¿QUÉ ALIMENTOS DEBEMOS DARLE PRIMERO?

**Cuando la alimentación oral es considerada segura**, teniendo en cuenta los prerrequisitos explicados anteriormente, la introducción de los diferentes alimentos es paulatina. Comenzaremos por los purés, pasando por los alimentos de fácil masticación e iremos cambiando texturas, hasta alcanzar la alimentación del resto de la familia.

**Desde el nacimiento a los 6 meses**, la alimentación se basa en la leche materna o en la leche de fórmula, es decir, una textura líquida:

- A los **6 meses**, se comienza con los purés lisos de verduras, legumbres, carnes, pescados, huevo o frutas y las papillas de cereales.
- A los **7-8 meses**, el puré no es tan fino y comienza a tener trocitos más espesos.
- A los **8-9 meses**, la alimentación complementaria empezará a tomar el relevo a la leche materna o de fórmula y el bebé, por sí solo, irá tomando cada vez más sólidos y menos leche de manera natural. En esta etapa, los alimentos se pueden presentar aplastados con el tenedor.
- De **9-12 meses**, comienza el mordisqueo de alimentos aplastados. Los alimentos de fácil masticación.

- De **1-2 años**, se comienza con alimentos de dobles texturas como, por ejemplo; los champiñones, el tomate, ... Siempre evitar alimentos redondos para que no haya dificultades de deslizamiento. Por ejemplo, unas uvas se pueden comer perfectamente cortándolas a lo largo en 4 partes. En este periodo, también se introducen los frutos secos en forma de manteca untable, por ejemplo.

- De **2-4 años**, se comienza con alimentos de texturas más duras que requieran masticación como, por ejemplo; pepinillos crudos, ...

- De **4 años** en adelante, pueden empezar a probar todas las texturas.

Todas las edades son orientativas. Dependen de las habilidades innatas del bebé y de la interacción con el entorno, ya que hay bebés que están preparados para comer antes de los 6 meses y otros que tardan algo más. Para apoyar a los bebés a que se desarrollen eficazmente, las **texturas de los alimentos se deben modificar y adaptar a las necesidades individuales de cada bebé**.

- Para que la **aceptación de las nuevas texturas** sea buena, es **importante que estén adaptadas a la capacidad de masticación del niño o la niña**, así como exponer tempranamente y permitir que manipulen dichas texturas. Respecto al **crecimiento orofacial**, debemos tener en cuenta, que **no finaliza hasta los 18 años de edad**, si ofrecemos diversas texturas durante el destete y no sólo purés, ayudamos a que dicho crecimiento se desarrolle con mayor facilidad.



### 8.3. TEXTURAS EVOLUTIVAS.

Transición de texturas	Transiciones
Líquidos	Alimentos blandos aplastados con el tenedor
Puré liso (potitos, papilla de cereales)	Alimentos que se deshacen en la boca (galletas blandas, gusanitos...)
Puré medio (puré casero)	Alimentos que necesitan poca masticación (aguacate maduro, plátano maduro...)
Puré gordo (pasapuré, potitos junior )	Alimentos blandos de una sola textura (trozos de jamón york, pasta...)
Alimentos enteros (transiciones en el cuadro de al lado)	Alimentos blandos de textura mixta (patatas fritas caseras, croquetas...) Alimentos variados normales

\*Cuadro extraído del curso "La disfagia en el niño" por Marie-Josée Tessier, erg.

El **plan de tratamiento debe ser individual** informando a la familia y a la persona interesada de las dificultades y las capacidades que se observan y la finalidad de tratamiento paso a paso. El **tratamiento incluye técnicas de estimulación y movilizaciones de las estructuras que intervienen en mandibulares, la cintura escapular y la laringe.**

Por otro lado, el tratamiento **tiene que contemplar las diferentes funciones orales** (respiración, succión, masticación y deglución) para realizar cambios posicionales o maniobras facilitadoras para favorecer el paso a la alimentación sólida que es la finalidad del proceso.

## 8.4. ACTIVIDADES.

### - ACTIVIDADES PARA FAVORECER LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA Y DE LA LENGUA Y DE LA MASTICACIÓN.

A medida que se realiza la introducción de la alimentación, la presencia de diferentes sólidos hará que los patrones de masticación evolucionen junto con el desarrollo de las estructuras involucradas, apareciendo patrones combinados de trabajo a nivel horizontal versus vertical en función del tipo de alimento, es decir, cuando se dan roturas de fibras, como en las carnes, el trabajo fundamentalmente se realiza a nivel horizontal, mientras que en la ingesta de alimentos blandos, el trabajo se dará fundamentalmente en el plano vertical, pudiendo hablar de patrones de masticación similares a la edad adulta sobre los 3 años de edad y completándose a los 12 años con el final de la exfoliación dentaria.

**Debemos tener en cuenta algunas pautas para favorecer el desarrollo de la masticación y los movimientos laterales de la lengua en el niño o niña durante la alimentación.**

### - ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA Y DE LA LENGUA.

Karen Henderson recoge las siguientes **pautas para estimular la masticación y movimientos laterales de la lengua**, seguiremos estas pautas:

- Elegir momentos en los que el niño o niña esté relajado, sin ser durante las comidas.

- Primero utilizaremos herramientas como los anillos de dentición y después usaremos alimentos.

- Colocaremos el objeto en la boca entre los dientes, asegurándonos que los labios no se tensionan.

- Comenzaremos por el lado de la boca por donde mejor mastique, y después seguiremos en el otro.

- En caso de que el niño o niña no mastique lo retiraremos o lo empujaremos hacia abajo.

- Si vemos que el niño o niña ya tiene habilidad suficiente al morder el objeto, pasaremos a realizar los ejercicios con los alimentos.

- Para reducir la protrusión de la lengua durante la deglución, colocaremos la comida con la cuchara en el centro de la lengua del niño o niña haciendo presión hacia abajo.

- Cuando veamos que la protrusión de la lengua está disminuyendo, colocaremos el alimento al niño o niña en los laterales de la boca y entre los dientes, para estimular así la masticación y los movimientos laterales de la lengua.

### - ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE LA MASTICACIÓN.

El niño o niña va a aprender a masticar de forma progresiva, por lo tanto, es **importante tener en cuenta la etapa de la masticación en la que se encuentre para realizar estas pautas.**

Debemos tener en cuenta que tenemos que conseguir una masticación debe bilateral y en rotación.

- Evitar distracciones durante la comida para que el niño o niña se concentración en ella.
- Los alimentos deberán estar cortados en trozos pequeños para facilitar la masticación.
- Empezaremos enseñándole a cómo morder, para que pueda ver y aprender lo que significa. Al principio, podemos hacer el movimiento de forma exagerada para que nos observe y tome conciencia.
- Le pediremos que muerda de forma suave su labio superior y, a continuación, el inferior.
- A continuación, le pediremos que muerda, también de forma suave, su comisura izquierda y, a **continuación, la derecha.**
- Le pediremos que mastique con mucha fuerza.
- A continuación, pedirle que mastique con poca fuerza.
- Le pediremos que mastique con la boca cerrada.
- Pedirle que mastique 10 veces en el lado derecho de la boca y después 10 veces en el lado izquierdo.
- Cuando el niño o la niña ya haya hecho el ejercicio anterior varias veces y comience a tener conciencia de masticar

en los dos lados, le pediremos que mueva la mandíbula a izquierda y derecha, preparándolo para que cambie de lado alimento durante la masticación

- Le pediremos que cambie de lado el alimento al masticar.
- Cuando esté masticando, le explicaremos que el movimiento de la mandíbula es de rotación. Al principio, podemos hacer el movimiento de forma exagerada para que nos observe y tome conciencia del movimiento.
- Durante la masticación, el niño o niña debe aprender que el movimiento mandibular es de rotación y no de machacado.

Los ejercicios anteriores se pueden complementar con ejercicios con **herramientas de masticación oral.** Hay diversos modelos de mordedores. Los más conocidos son el ARK Grabber y el Y-Chew. Hoy en día hay mordedores con diferentes formas: varitas, colgantes, estrellas, pulseras o diferentes formas geométricas. Además, podemos utilizar la herramienta Z-Vibe, que tiene diferentes cabezales para ser utilizados como herramienta de masticación y además pueden aportar vibración.

Con estas herramientas podemos aumentar la conciencia oral, darle estimulación y sensación táctil. Además, también podemos ejercitar partes de la zona oral como los labios, mejillas, lengua y mandíbula.

Algunos **ejercicios** que podemos realizar con el niño o niña usando estas herramientas son:

1.- Cuando empecemos a trabajar con un masticador, primero se lo pondremos en la boca y dejaremos que realice una exploración oral de la herramienta.

2.- Para que comience a morder, le colocaremos la herramienta de masticación y le pediremos que muerda, ayudándole, si es necesario, a realizar la apertura y cierre de la mandíbula con nuestra mano.

3.- Pondremos al niño o niña un masticador en el lado derecho de la boca y le pediremos que mastique 10 veces. Repetiremos el ejercicio en el izquierdo de la boca.

4.- A continuación, realizaremos el ejercicio anterior, pero masticando con un mordedor colocado en cada lado.

5.- Mientras realiza la masticación con un mordedor, le pediremos que ponga sus manos en su mandíbula para que reciba una retroalimentación tanto visual como táctil.

6.- Podemos empezar primero con mordedores lisos y después introducir mordedores con texturas para que vaya aceptando las texturas en la boca. También podemos introducir el masticado en papilla o en cualquier alimento similar, para realizar los ejercicios.

## - HERRAMIENTAS DE MASTICACIÓN ORAL



ARK Grabber



Cabezales Z-Vibe



Chewy Tube



Collar mordedor



ARK Grabber

# 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartuilli, M; Cabrera, P.J.; Perinán, M. C. (2010) Guía técnica de intervención logopédica. Terapia Miofuncional. Madrid: Síntensis.
- Brunner-López, O., Fuentes, M<sup>a</sup>J., Ortigosa B., & López, A.M. (2019) Texturas evolutivas en la introducción de nuevos alimentos: un acercamiento teórico. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 23(2), 104-122. Accesible en línea: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2174-51452019000200008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452019000200008)
- Cámpora, H.; Falduti, A. (2014). Deglución de la A a la Z. Argentina: Journal.
- CONFEDERACIÓN ASpace (2018). Guía de alimentación. Recomendaciones para personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo sobre alimentación y deglución. Madrid.
- CONFEDERACIÓN ASpace (2022). Protocolo de valoración de la deglución y alimentación en personas con parálisis cerebral y discapacidades afines. Madrid.
- Del Burgo González de la Abeja, C.(2004). Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido. Madrid: EOS.
- Estellés Puchol, M<sup>a</sup> T.; Borrás Sanchís, S.; Espí, M<sup>a</sup> J. (2011). Presentación "Intervención logopédica en la disfagia". ORTOFON, Nestlé y CASAVARDE.
- Gallego Rey, R. (2018). Disfagias. Accesible en línea: <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/16651/Intervenci%C3%B3n%20logop%C3%A9dica%20en%20PC%20disfagias-Roc%C3%ADo%20Rey%20251018.pdf?sequence=1>
- Henderson, K. (2022) "Protrusión de la lengua en el Síndrome de Down". Fundación Iberoamericana Down 21.
- Jiménez C, Corregidor AI, Gutiérrez C. Disfagia. Tratado de Geriatria para residentes. Capítulo 53. Accesible en línea: [https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2053\\_iii.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2053_iii.pdf)
- McFarland, D.H. (2018). Atlas de anatomía en ortofonía. Lenguaje y deglución. Barcelona: Elsevier Masson.
- Orensanz, A & Tolosana T. "Manual sobre cómo ofrecer una alimentación complementaria saludable"
- Paniagua Monreal, J; Susanibar Chávez, F. ; Giménez Barriga, P. ; Murciego Rubio, P. ; García Ezquerro, R. (2019) "Disfagia. De la evidencia científica a la práctica clínica".

- Torres de Carella, Nellie (2022). “La estabilización mandibular y la precisión articularia. Giuntieos.
- Velasco M, Arreola V, Clavé P y Puiggrós C. (2007). “Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento.” Nutrición Clínica en Medicina, Vol. I – N.º 3, pp. 174-202.
- Webb, W.G.; Adler, R.K. (2016). Neurología para el logopeda. Barcelona. Elsevier Masson.

#### - REFERENCIAS FORMACIONES

- Barceló B. (2016). Terapia miofuncional en disfgias. IV Curso de Terapia Miofuncional.
- Beaudry, I. “La disfagia en el niño”. Formación Isabell Beaudry
- Jiménez, S. “Disfagia y trastornos de la alimentación en pediatría”. Formación de Salvador Jiménez.
- KURSIA ESCUELA DE FORMACIÓN. Formación profesional sociosanitaria y pedagógica. <https://kursia.es> (La disfagia infantil. Temas 1, 2, 3 y 4).
- Módulo 2. Trastornos de deglución. Disfagia. Técnico en Terapia Miofuncional. ISPEDUC.

#### - REFERENCIAS WEB

- BlaClinic. Ejercicios más eficaces para deglución atípica. Reeducar la lengua: <https://www.blaclinic.com/ejercicios-mas-eficaces-para-deglucion-atipica-reeducar-la-lengua/>

- GuiaOInfantil. Ejercicios para que los niños aprendan a masticar correctamente: <https://www.guiainfantil.com/alimentacion/ejercicios-para-que-los-ninos-aprendan-a-masticar-correctamente/>
- Hop Toys. Oralidad: Aprendiendo a moder y masticar: <https://www.bloghop-toys.es/oralidad-aprendiendo-a-morder-y-masticar-video/>
- La disfagia (sept. 14, 2017): <https://www.neuroespai.com/disfagia/>
- LegaLEA. Lenguaje, estimulación, aprendizaje: [www.centrologolea.es/factores-que-influyen-en-la-deglucion/](http://www.centrologolea.es/factores-que-influyen-en-la-deglucion/)
- Library. Protusión lingual o empuje lingual. Hábitos asociados más frecuentes en mordida abierta: <https://1library.co/article/protrusi%C3%B3n-lingual-lingual-h%C3%A1bitos-asociados-frecuentes-mordida-abierta.zlgrwogy>
- Mark’s Trackside. ¿Qué es el reflejo nauseoso?: <https://markstrackside.com/es/qu%C3%A9-es-el-reflejo-nauseoso/>
- Nueva pirámide alimentaria de la SENC: <https://medium.com/par%C3%A1lisis-por-an%C3%A1lisis/nueva-piramide-alimentacion-saludable-senc-567d29182765>
- Nutriendo: [www.academianutricionydietetica.org](http://www.academianutricionydietetica.org)
- Primary Children’s Hospital. Trastorno de protusión lingual: <https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=520438872>

• SolidStars: [https://solidstarts.com/es/-tongue-thrust-and-starting-solids/?utm\\_source=rss&utm\\_medium=rss&utm\\_campaign=el-empuje-de-la-lengua-y-los-alimentos-solidos](https://solidstarts.com/es/-tongue-thrust-and-starting-solids/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=el-empuje-de-la-lengua-y-los-alimentos-solidos)

## 10. ANEXOS

### 10.1. HITOS DEL DESARROLLO.

En la siguiente tabla se ve reflejado los hitos del desarrollo que el bebé debe conseguir o tener presente en cada franja de edad:

Edad	
<b>Recién nacido</b>	Reflejo de presión, reflejo de succión y reflejo de extrusión
<b>3 meses</b>	Se miran las manos y se las llevan a la boca sin demasiada coordinación. Reflejo de extrusión de la lengua, por el cual escupen fuera de la boca cualquier sólido que entre en contacto con la parte anterior de la boca; evita la llegada de alimentos sólidos a la garganta.
<b>4 meses</b>	Comienzan a manipular las manos para agarrar objetos que les interesen y se los llevan a la boca para explorar el tamaño, la forma, la textura y el sabor. Desaparece el reflejo de extrusión.
<b>6 meses</b>	Cogen objetos y se los llevan a la boca con precisión.
<b>6-9 meses</b>	Primero mordisquean trozos pequeños de comida con las encías y/o dientes. Luego empiezan a mantenerlo dentro de la boca, y aprende a moverlo y masticarlo. Se desarrollan los músculos masticatorios, el bebé empieza a coordinar lengua, mejillas y mandíbula.
<b>9 meses</b>	Aprende a usar la pinza.

## 10.2. VALORACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y DEGLUCIÓN.

### DATOS ALIMENTACIÓN

#### Pimeras etapas en la alimentación

¿Cómo era la succión en el momento del nacimiento?			
<b>Lactancia:</b> materna, ¿cuánto tiempo?		Artificial, ¿cuánto tiempo?	
Tipo de tetina:		Posición del lactante mientras come:	
Material		Dificultades planteadas:	
Tamaño del agujero			
Otros datos			
Uso del chupete			

#### Durante la transición a la alimentación sólida:

¿Uso de purés?			
¿Se le ha introducido algún alimento sólido?		¿A qué edad?	
¿Hubo rechazo a comida sólida o con grumos?			
¿Qué alimentos toma?			
Otros datos			

#### Datos sobre el manejo del bolo en la cavidad oral

¿Ha empezado a masticar?		A la hora de tragar, ¿cierra la boca?	
¿Lleva el alimento a las muelas?			
¿El alimento permanece durante mucho tiempo en la boca?			
¿Mastica con la boca abierta?			



### Otros datos

¿Es autónomo o autónoma?	
Postura cuerpo/cabeza	
¿Dónde come?	
¿Utensilios para comer/beber?	

### Observaciones

¿Fue necesario usar sonda? ¿qué tipo?	
¿Le gusta comer o rechaza la comida? ¿Qué alimentos rechaza? (rechazo por textura, sabor...) ¿Qué alimentos prefiere?:	
¿Le gusta comer o rechaza los líquidos? ¿Qué líquidos rechaza? (rechazo por textura, sabor...) ¿Qué líquidos prefiere?:	
¿Derrama comida? y ¿los líquidos?	

¿Se fatiga? (cuándo):					
¿Suele ser lento/a o rápido para comer?					
¿Suele hacer alguna manifestación cuando tiene hambre/sed?					
Tiempo de espera después de las comidas antes de tumbar o dormir:					
Dificultades observadas durante la alimentación: (Tos, estornudos, hipo, atragantamientos, regurgitaciones, vómitos, reflujo, fatiga...)					
¿Cuándo se producen?					
Antes de comer		Durante la comida		Después de comer	
¿Ha tenido infecciones respiratorias recurrentes?					

### 10.3. TEXTURAS EVOLUTIVAS EN LA INTRODUCCIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS.

#### TEXTURAS EVOLUTIVAS EN BEBÉS QUE ESTÁN PREPARADOS PARA COMER

Edad	Capacidad y desarrollo motor	Texturas
4- 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede abrir la boca ante una cuchara, antes de que se inicie la alimentación complementaria.</li> <li>- Regulación total de la ingesta.</li> <li>- 1/3 de los bebés, se sientan con algo de apoyo.</li> <li>- 95% puede sentarse con la cabeza estable.</li> <li>- Intenta agarrar los alimentos solos, pero cierra las manos antes o después de tiempo.</li> <li>- 5 meses: Inicio del movimiento de masticación. Es capaz de sujetar la cuchara, pero no para autoalimentarse</li> </ul>	<p><b>Líquido.</b></p> <p><b>Semilíquido:</b> en caso de ser necesario por necesitar requerimientos especiales o estar preparado, puede tolerar puré frío.</p>
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuye el reflejo de extrusión.</li> <li>- Puede mover los alimentos de un lado a otro de la boca (desde la introducción de los sólidos grumosos).</li> <li>- Puede morder, disolver y masticar alimentos suaves.</li> <li>- Comienza a masticar de forma vertical pequeños trozos de alimentos.</li> <li>- 50% puede sentarse sin apoyo.</li> <li>- La mayoría suele alcanzar, tomar y sostener alimentos de un tamaño adecuado a sus manos o bien un biberón o taza.</li> <li>- Si se ofrecen trocitos suaves grandes, muchos de los bebés cerrarán la boca a esta edad.</li> <li>- 6-8 meses. Puede succionar líquidos de una taza.</li> </ul>	<p><b>Líquido.</b></p> <p><b>Semisólido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puré espeso pero fino (mayoritariamente).</li> <li>- Puré espeso pero suave granuloso.</li> <li>- Puré espeso con algún grumo (alguno al día o semana): para potenciar su función motora y favorecer que pierdan el reflejo de cerrar la boca como una mordaza tolerando antes otras texturas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Entre 6 a 12 meses.</b> El reflejo de cerrar la boca como una mordaza va disminuyendo.</li> <li>- Antes de los 7 meses, necesita la ayuda de los padres para que limpie la cuchara haciendo un movimiento de inclinación hacia arriba, aunque si lo hace solo no derrama mucho.</li> <li>- Distingue bien los sabores agradables (dulce, ácido) y desagradables (amargo, salado).</li> </ul>	<p><b>Dejar experimentar con la comida,</b> para fomentar la autonomía comiendo y perder la neofobia.</p>
<p><b>7 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Entre 7 a 8 meses,</b> el 77% puede cerrar los labios superiores para limpiar la cuchara sin derramar mucho.</li> <li>- Aparecen los primeros incisivos.</li> <li>- Comienza a masticar y hacer movimientos de masticación giratorios.</li> <li>- Capacidad de sentarse sin apoyo permitiendo mayor movimiento de brazos para alcanzar alimentos con los dedos o la cuchara.</li> <li>- Puede dar uno o dos tragos de una taza sostenida por el adulto.</li> <li>- 95% puede sentarse sin apoyo.</li> <li>- Puede pasar la cuchara o alimento de una mano a otra.</li> </ul>	<p>Igual que en 6 meses, pero cambiando las frecuencias.</p> <p><b>Semisólido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Purés espeso finos ocasionales.</li> <li>- Puré muy espeso con suaves grumos (a diario).</li> </ul> <p>Sólido: Finger foods blandos, alguno al día o a la semana.</p> <p><b>Experimentar con la comida.</b></p>
<p><b>8 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Entre 8 – 12 meses,</b> puede cortar alimentos un poco más duros (cuando los incisivos centrales han salido).</li> <li>- Intenta comer con cuchara torpemente.</li> <li>- Comienza a beber de una taza cerrada.</li> <li>- Puede alimentarse con sus manos.</li> <li>- Puede enfrentarse a masa con sólidos más duros.</li> <li>- Puede adelantar la cabeza rápidamente para comer lo que se le ofrece en cuchara.</li> </ul>	<p>Igual que en 7 meses.</p> <p><b>Sólidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Triturado, molido, con grumos, chafado, finamente picado.</li> <li>- Finger foods.</li> <li>- Legumbres sin piel o pasadas por el chino.</li> </ul> <p><b>Experimentar con la comida</b></p>

<p><b>9 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio del agarre de pinza con el dedo índice y el pulgar.</li> <li>- Entre 9- 11 meses, el 97% de los bebés se sienta sin apoyo.</li> <li>- Interés claro por alimentarse por sí mismo.</li> <li>- Logra coger la cuchara por sí solo sin derramar mucho.</li> <li>- 9-10 meses: puede beber en taza sostenida por ellos solos.</li> </ul>	<p>Igual que en 8 meses. Se abre la ventana para iniciar la alimentación a trozos blandos y así no tener problemas futuros con la comida y la textura.</p> <p><b>Experimentar con la comida.</b></p>
<p><b>10 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usan sus dedos en forma de pinza de forma precisa.</li> <li>- Limpieza de la cuchara con los labios</li> </ul>	<p>Igual que en el mes 9.</p> <p><b>Experimentar con la comida.</b></p>
<p><b>11-12 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empieza a beber de una taza abierta.</li> <li>- Se alimentan por sí mismos.</li> <li>- Reconocen la comida por la vista, el olfato y el sabor.</li> <li>- Puede hacer frente a la mayoría de las texturas, pero no es totalmente maduro para masticar.</li> <li>- Mastica y realiza los movimientos masticatorios correctamente.</li> <li>- Al final de año y hasta los 2 años mejora su motricidad fina para coger cosas con los dedos, así, primero comerán con las manos, luego con los dedos y finalmente con los utensilios.</li> </ul>	<p>Igual que en el mes 10. Se puede iniciar la comida en familia adaptada. Algunos platos a la semana.</p> <p><b>Experimentar con la comida.</b></p>
<p><b>1 año</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es capaz de sostener la taza y beber 4 o 5 sorbos.</li> <li>- De 1 a 4 años, va aceptando todo tipo de texturas, pero de forma progresiva, ya que su masticación no es</li> <li>- 100% eficiente.</li> <li>- 91%de los niños usan una taza con asas y tapa sin ayuda.</li> <li>- Los bebés que toleran los grumos a los 6 meses, a los 12 mastican con eficacia.</li> </ul>	<p>Comida en familia adaptada.</p> <p>Ofrecer todas las texturas de forma progresiva, sin olvidar las iniciales, para que no pierda la costumbre de comer cualquier textura.</p> <p><b>Experimentar con texturas y alimentos.</b></p>

<b>14-15 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los bebés imitan la conducta alimentaria y se animarán a probar alimentos nuevos si un adulto lo intenta en primer lugar.</li> <li>- 64% de los niños o niñas usan la cuchara sin derramar mucho.</li> <li>- 34% beben en un vaso normal de 100ml</li> </ul>	<b>Experimentar con texturas y alimentos.</b>
<b>1-2 años</b>	<p>Imita a los padres y madres comiendo de forma más efectiva respecto al 6º mes que eran muy pobres.</p>	<b>Experimentar con texturas y alimentos.</b>
<b>2 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imita a los padres y madres y lo que hacen los demás niños y niñas que lo rodean.</li> <li>- Tolera la mayoría de los alimentos familiares, siempre que se le haya enseñado a comer correctamente una dieta variada y sana.</li> <li>- 97% de los bebés saben limpiar la cuchara con el labio superior.</li> <li>- Las preferencias a esta edad predicen las preferencias a lo largo de la vida.</li> </ul>	<b>Experimentar con texturas y alimentos.</b>
<b>3-4 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El niño o niña cambia sus preferencias alimentarias para asemejarse a otros compañeros o compañeras de clase.</li> <li>- A los 4 años ya no hay peligro de atragantamiento. Es tan hábil masticando como una persona adulta, aunque siempre hay que vigilar que coman sentados y no de pie o jugando, ya que un mal gesto o tropiezo puede hacer que se atragante independientemente de la textura del alimento.</li> </ul>	<b>Experimentar con texturas y alimentos.</b>

\*Notas de la tabla:

Las estadísticas que salen en la tabla son del estudio Carruth, pero hay que tener en cuenta que: en el caso de que un niño, presente retraso en la dentición o en el desarrollo psicomotor, no sería fiable atender a estas estadísticas y deberíamos prestar especial atención a las texturas y vajillas que se le presentan para que sean adecuadas a su propio ritmo de desarrollo.





#SomosASPACE



# TRANSICIÓN A LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA

**CONFEDERACIÓN ASPACE**

C/ General Zabala, 29

28002 Madrid

Tel.: 91 561 40 90

[www.aspace.org](http://www.aspace.org)



@ConfeAspace



@Confederacion.Aspace



@confeaspace

Colaboran:

