

CREACIÓ I VALIDACIÓ D'UN INSTRUMENT DE VALORACIÓ DE DEGLUCIÓ DISFUNCIONAL PER A MONITORS DE MENJADOR

Alumna: Ivet Valverde Amorós

Tutor: Josep M. Vila

Curs: 2017/2018

Agraïda a totes les persones que m'han ajudat a fer aquest treball.

A la meva escola Vedruna Vall sense la seva autorització no hagués pogut fer possible el treball. A la meva professora Mònica Egea per ajudar-me en tot el possible. Al meu tutor el Josep M. Vila ha ajudar-me a fer possible el treball i a la meva família .

ÍNDEX

	Pàg.
1- RESUM.....	3
2- INTRODUCCIÓ.....	4
3- ANTECEDENTS.....	5-9
3.1- Concepte.....	5-6
3.1- Epidemiologia.....	7
3.2-Exploració.....	7-8
3.3-Tractament.....	9
3.4- Recerques prèvies.....	9
4- JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI.....	10
5- OBJECTIUS.....	10
6- CONSTRUCCIÓ DE LA PAUTA D'OBSERVACIÓ.....	11-18
7- ESTUDI EMPÍRIC DE VALIDESA I FIABILITAT.....	19-21
7.1- Mostra.....	19
7.2- Materials.....	20
7.3- Formació dels monitors.....	20
7.4- Condicions d'exploració.....	20
7.5- Garanties ètiques.....	21
8- RESULTATS.....	22-23
9- DISCUSSIÓ.....	24-25
10- CONCLUSIÓ.....	26-28
11- REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	29-30
12- ANNEX.....	31-43

1- RESUM

La deglució disfuncional és coneguda com a alteració en la cavitat oral, hi ha dos tipus: la deglució atípica i la deglució adaptada, totes dues formen part de l'etiqueta de deglució disfuncional

S'atribueix a una deglució atípica, quan la llengua fa moviments no controlats com ara succió dels llavis i/o propulsió lingual sobre els incisius. Sense que hi hagi una alteració en la forma de la cavitat oral. La deglució adaptada és quan hi ha presència de maloclusió que obliga a fer moviments linguals inadequats però adaptats a la forma de la cavitat oral.

Les valoracions de disfuncions orofacials es poden fer a través de diversos protocols, però no existeix cap pauta de valoració per a no professionals (monitors de menjador). Per això s'ha creat una pauta d'observació amb l'objectiu principal que els monitors de menjador puguin detectar quins nens presenten deglució disfuncional.

La pauta d'observació conté aspectes essencials com la respiració, projecció, protusió lingual, etc. Tenint en compte que és una pauta d'observació i no un protocol de detecció de deglució disfuncional. Per tant, només serveix per donar un avís als tutors i als pares dels nens detectats per tal que després derivin el nen a un logopeda.

S'ha extret una N=350 del menjador de l'escola Vedruna-Vall de Terrassa. Per poder comprovar empíricament si hi ha relació entre les valoracions dels monitors de menjador i la logopeda. El resultat extret de la correlació de Pearson $R= 0.829$

Al final de l'estudi s'ha demostrat que hi ha correlació entre les dues valoracions i que la pauta d'observació és suficientment vàlida.

2- INTRODUCCIÓ

La motivació per dur a terme aquest TFG és l'interès que tinc cap a la teràpia miofuncional (TMF) en especial la deglució atípica/adaptada

Des d'un bon principi volia fer un estudi en relació a la deglució atípica/adaptada. Ja que crec que des de la branca de la logopèdia que es dedica a les disfuncions orofacials s'hauria de donar més informació i alternatives per a totes aquelles persones interessades en l'alimentació, ja sigui nutricionistes, monitors de menjador i altres. Tot i que, també seria necessari donar més informació als pares, ja que són el pilar d'una bona alimentació, una bona introducció de textures més dures.

Per això s'ha volgut crear una pauta d'observació per a monitors de menjador per tal que ells per si sols pugin detectar nens amb alteracions de la deglució i posteriorment traspasar aquesta informació al tutor del nen i als seus pares, perquè després el puguin derivar a un professional com un logopeda o a un odontopediatre.

3- ANTECEDENTS

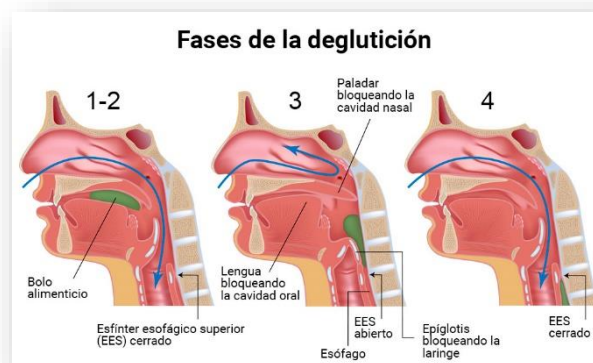
3.1- CONCEPTE- DEGLUCIÓ DISFUNCIONAL

La deglució és una acció motora automàtica en la qual actuen els músculs de la respiració i a l'aparell gastrointestinal. La deglució es modifica al llarg de la vida degut, entre altres causes, de la mida de la cavitat oral i de la relació en el creixement i el desenvolupament de la llengua. (Marchesan, 2002)

L'objectiu principal de la deglució és el traspàs del bolus alimentari des de la boca fins a l'estómac.

La deglució passa per diferents fases: fase preparatòria/oral, fase oral, fase faríngia, fase esofàgica. (Martín, García, Expósito, Estrada,Pérez.2010)

- 1- Fase preparatòria oral: És l'acció voluntària i reflexe. Se situa a la cavitat oral i final de la masticació.
- 2- Fase oral: És l'acció que desenvolupa la propulsió del bolus cap a la faríngia. És una acció voluntària, reflex i de patró rítmic.
- 3- Fase faríngia: És la fase dedicada al transport del bolus fins a l'esòfag. Aquesta acció és reflex i de patró rítmic.
- 4- Fase esofàgica: La seva acció principal és la de transportar el bolus des de la faríngia fins a l'estomac. És una acció involuntària, reflex i de patró rítmic.



(De Cangas, 2016)

La deglució s'inicia amb el reflex de deglució a partir de la setena setmana de gestació i a la vintena setmana s'inicia el reflex de succió.

Segons Manno, Catherine, Eicher, et al. (2005) la deglució adulta s'inicia als 2-3 anys, ja que es quan es comença a eliminar el reflex de succió, quan persisteix passat dos o tres anys s'anomena deglució infantilitzada. A partir dels 3-4 mesos es comença a introduir nous aliments i noves textures que ajudaran a madurar les estructures dentil-lomaxilofacials.

S'atribueix a una deglució atípica quan la llengua fa moviments no controlats com ara succió dels llavis, propulsió lingual sobre els incisius sense que hi hagi una alteració en la forma de la cavitat oral. Per altra banda també existeix una deglució adaptada quan hi ha presència de maloclusió que obliga a fer moviments linguals inadequats però adaptats a la forma de la cavitat oral. (Marchesan, 2002)

Les diferències entre la deglució normal/madura i la deglució disfuncional.

DEGLUCIÓ MADURA	DEGLUCIÓ DISFUNCIONAL
- Llavis en oclusió passiva.	- Tancament labiodental o manca de segellat labial.
- Àpex lingual es recolza en rugues palatines.	- Interposició o projecció lingual anterior i/o lateral.
- Maxil·lars en oclusió cèntrica.	- No contacte entre les arcades dentàries
- No hi ha contracció dels músculs orofacials accessoris.	- Contracció dels músculs orbicular, mentonià i la vora anterior del buccinador.
- Activitat dels músculs de la masticació.	- Participació de mímica facial compensatòria.
- Posició adequada del hioides, afavorint el pas de l'aliment.	- Alteració actitud postural: Projecció cervical.

(Marchesan, 2002)

3.2- EPIDEMIOLOGIA DE LA DEGLUCIÓ DISFUNCIONAL

Un percentatge significatiu d'un 20% de la població infantil presenta hàbits orofacials incorrectes. Hi ha una incidència entre 20% - 30% de la població infantil de menys de 10 anys. (González, Landa et al., 2009)

Les causes que més afecten a una deglució disfuncional (deglució atípica o deglució adaptada) són la respiració bucal (Barrios, Puente, Castillo, Rodríguez, & Duque, 2001), amígdales hipertròfiques, maloclusions, hàbits orals lesius, anquilòsia (De La Teja-Ángeles, López-Fernández, Américo, Cano-De, Téllez-Rodríguez, 2011), etc.

3.3- EXPLORACIÓ

Per a una bona exploració es necessita fer una anamnesi, una exploració seguint els protocols com el del Col·legi de Logopedes de Catalunya (Bottini E, Carrasco A, Coromina J. 2008) i després una exploració exhaustiva intraoral i extraoral.

En l'anamnesi s'ha de fer preguntes adients a la patologia que s'explora, per tant s'han de fer preguntes com:

DENTICIÓ

- A quina edat va aparèixer la primera dent de llet? I la primera de dentició permanent?
- Pèrdua de dents prematura? Algun traumatisme en la dentició?
- Existeixen problemes actuals amb la dentició.

ALIMENTACIÓ

- Alimentació materna? Fins quan?
- Alimentació amb biberó? Fins quan?
- Existeixen problemes de reflux gastroesofàgic?
- Quins aliments prefereix? I quins aliments rebutja?
- Quins aliments acostuma a menjar?
Esmorzar, dinar, berenar, sopar.
- Tarda molt a menjar?
- Fa soroll al menjar?

- Menja amb la boca tancada?

RESPIRACIÓ

- Quan el nen està en repòs normalment té la boca oberta?
- El nen acostuma a roncar a les nits?
- Hi ha problemes amb els carnots i/o amígdales? L'han operat?
- Es refreda sovint? Té constantment otitis? El nen té asma o algun problema respiratori?

HÀBITS

- Utilització del xumet? Fins quan?
- Succió labial, digital, d'objectes?
- Onicofàgia?

En una exploració més concreta s'administra el protocol de (Bottini E, Carrasco A, Coromina J. 2008) del Col·legi de Logopedes de Catalunya per tal de tenir una exploració de caràcter més quantitatiu. En aquest protocol s'explora tots els aspectes ja sigui en el perfil, el tipus de maloclusió, les alteracions posturals...

També seria necessari fer una exploració subjectiva de com s'alimenta el nen amb diferents textures com: entrepà, iogurt, aigua, bastonets....

Finalment s'avalua d'una manera objectiva s'utilitza la tècnica de Payne (Ortiz, Restrepo. 2011) que avalua com el nen col·loca la llengua en el moment d'empassar. Després es passa la prova de Glatzel o de Rosenthal que ens dóna informació de quin grau de permeabilitat nasal té el nen, és a dir ens diu si hi ha obstrucció nasal o no.

Tot i que, totes aquestes proves ens ajuden molt a una exploració acurada ja sigui per logopedes, pediatres... però no hi ha cap pauta d'observació cap a monitors de menjadors per això es creu necessari crear una pauta per tal que ells puguin avisar al tutor i posteriorment derivar el nen a un logopeda/odontopediatre.

3.4- TRACTAMENT

És de vital importància que la deglució disfuncional sigui detectada de manera precoç, ja que s'evitarà la possible aparició de possibles maloclusions. El tractament de la deglució disfuncional s'anomena Teràpia Miofuncional (TMF) és un conjunt de procediments i tècniques utilitzades amb la finalitat de la correcció del desequilibri muscular orofacial, la normalització del comportament muscular, reeducació d'hàbits lesius i una posició correcta postural. (González Landa et al., 2009)

L'objectiu principal de la Teràpia Miofuncional és l'automatització d'un nou patró muscular funcional: respiratori, deglutòria i/o postura lingual.

3.5- RECERQUES PRÈVIES

S'ha cercat diferents protocols per tal de comprovar que no existeix cap pauta d'observació de deglució disfuncional per a no-professionals (monitors de menjador).

- Protocol d'exploració inicial interdisciplinària orofacial per a nens i adolescents (Bottini E, Carrasco A, Coromina J. 2008). És el protocol per a professionals (logopedes, pediatres, otorinolaringòlegs i odontopediatres) més utilitzat a la zona de Catalunya, ja que ens dóna molta informació.
- Protocol "Disfunciones orofaciales en la infancia" (Bigenzahn. 2004) És un protocol per a logopedes molt extens i bastant complicat.
- Examen miofuncional orofacial- MBGR (Marchesan, Berretin, Genaro, Rehdar. 2015) És un protocol per a logopedes molt complert i molt específic però estandarditzat a la zona del Perú.

4- JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI.

Com s'ha dit anteriorment en l'apartat d' exploració i de recerques prèvies, no hi ha una pauta d'observació senzilla dedicada a no-professionals (monitors de menjador), ja que tots els protocols estandarditzats estan dedicats a logopedes, pediatres, otorinolaringòlegs, odontòlegs. Per això s'ha decidit crear una pauta d'observació per a monitors de menjador per tal que ells per si sols pugin posar una alerta a tots els nens que responguin positivament als ítems.

5- OBJECTIUS DE LA PAUTA D'OBSERVACIÓ

Els objectius plantejats per aquest estudi són els següents:

- Identificar les característiques principals de la deglució disfuncional.
- Analitzar les característiques que a simple vista es poden detectar.
- Crear una pauta d'observació
- Validar la pauta d'observació
- Comprovar la fiabilitat

6- CONSTRUCCIÓ DE LA PAUTA

La pauta d'observació està dividida en 8 preguntes. Les preguntes estan ordenades i comencen d'ençà que veiem el menjar, tallem, masteguem i empassem.

6.1- RESPIRACIÓ ORAL

Els homes hem nascut per respirar pel nas i menjar per la boca. Quan aquest hàbit no s'usa correctament, el desenvolupament de la cavitat oral es pot veure afectada. El fet d'instaurar una mala respiració (respiració oral) pot crear greus conseqüències com ara una maloclusió, menys O₂ a la sang, entre d'altres. (Roig , Pennington.2011)

El fet d'utilitzar habitualment la respiració oral fa que l'escalfament, humificació i filtrat no es faci i per tant tota la contaminació vagi directa a la laringe i produeixi una irritació de la mucosa i possibles infeccions. Un altre aspecte negatiu de la respiració bucal és la possible anèmia, ja que la quantitat d'O₂ en sang és mínima. (Roig , Pennington.2011)

Segons (Barrios, Puente, Castillo, Rodríguez, Duque. 2001) la persistència d'aquest hàbit fa que la llengua baixi i els músculs orofacials perdin tonicitat, conseqüentment el múscul encarregat d'eleva el llavi superior perdi la tonicitat i provoqui un mal tancament o impossibilitat de tancament. A més a més, segons (Rutz, Cerecedo, 2002) ens explica que hi ha relació entre la respiració oral i la postura, ja que genera un equilibri patològic perquè el mentó s'avança i fa que es presenti una projecció del mentó cap a l'esternó. Tanmateix, al persistir la respiració bucal fa que la mobilitat de les aletes nasals disminueixin perquè no s'utilitzen habitualment.

Coromina, Estivill (2006) manifesten al seu llibre que els nens també poden manifestar alteracions del son, anomenat SAOS. Es caracteritza perquè tenen un son més lleuger i persisteixen "micordespertars" que poden causar una important fragmentació del son. Per tant es creu que l'hipòxia secundària a l'apnea i fragmentació del son són dues causes amb major incidència de parasòmnies (malsons).

Per una banda es considera que la majoria dels nens amb alteracions de respiració diürna i nocturna tendeixen a l'obesitat, hiperactivitat, dèficit d'atenció i retard en el creixement.

En definitiva, com s'ha esmentat anteriorment la respiració oral provoca moltes causes com malformació de les arcades dentaries i del paladar, també altera el to labial i la postura corporal. (Martín, García, Expósito, Estrada, Pérez, 2010)

Segons la importància dels símptomes que presenta una incorrecta respiració (respiració oral) es plantegen les següents preguntes:

1. El nen acostuma a estar refredat? Té molts mocs?

SÍ		NO	
----	--	----	--

El nen acostuma a estar refredat? És una pregunta fàcil de respondre pels monitors/es de menjador i ens dóna moltes respostes, ja que estar refredat implica una obstrucció de la via nasal així que el nen s'ha d'acostumar a respirar per la boca. Quan aquest hàbit s'ha repetit diverses vegades, les possibilitats que s'instauri la respiració bucal es multiplica.

Boca oberta durant el menjar

Normalment aquests nens tenen una respiració oral per tant necessiten obrir la boca per respirar, perquè molts d'ells tenen una obstrucció nasal, causada o per un excés de mucosa o per una desviació del septe nasal. Per conseqüència com que no s'utilitza el nas per respirar les seves aletes deixen de moure's i per això perden mobilitat. Amb la següent pregunta:

2. El nen acostuma a menjar amb la boca oberta?

SÍ		NO	
----	--	----	--

Autors com (Marchesan, 2002) i (Medina et al., 2012) consideren que una incorrecta respiració provoca múltiples alteracions orofacials.

Preguntar per a la respiració oral en repòs és complicat i més si la pauta va dirigida a monitors de menjador perquè ells només observen als nens menjant per això totes les preguntes s'han enfocat a quan els nens mengen. Amb els resultats es podrà saber si, el conducte nasal està obstruït i si aquesta respiració fa molt temps que ha estat instaurada.

6.2- POSTURA

S'ha de tenir molt en compte la postura, ja que és una cadena de músculs i ossos, per tant, quan hi ha una tensió afegida en una part del cos, s'encadena a altres parts. Per això quan hi ha una tensió a la cintura pèlvica apareix una extra-tensió a la zona de la mandíbula. (Chiavaro , 2011)

A més a més una incorrecta posició provoca una tensió a l' esfínter laringi i una tensió del maxil·lar. Segons Rutz, Cerecedo (2002) considera que la persistència d'un mal ús respiratori pot arribar a generar canvis posturals i és causat fonamentalment per un avançament del mentó i projecció del mentó cap a l'esternó. En la deglució disfuncional podem observar alteracions de l'estabilitat cráneocérvico-mandibular i linguo-palatal i es manifesta a través d'un desplaçament anterior de la mandíbula i un avançament linguo-hioideal, a més a més aquest desplaçament provoca una extra-tensió de la musculatura perioral.

Quan existeix una projecció cervical, condiona la direcció i el posicionament de la Unitat funcional Linguo-Hioidea i per tant una tensió innecessària a la musculatura orofacial i per tant provoca alteracions al mateix moment de mastegar i empassar.

Segons la importància dels símptomes que presenta una incorrecta postura es planteja la següent pregunta:

3. El nen presenta projecció cervical?

SÍ		NO	
----	--	----	--

Segons la meva opinió crec que la postura ens pot donar molta informació, ja que el fet de tenir una projecció del mentó, condiona la direcció i el posicionament de la mandíbula i en fa una extra-tensió.

6.3- DEGLUCIÓ

La deglució adulta s'inicia als 2-3 anys i es comença a eliminar el reflex de succió que s'utilitza en el període de lactància quan se segueix utilitzant aquest reflex passat els dos o tres anys s'anomena deglució infantilitzada. No obstant, Manno, Catherine, Eicher, MaryLouise, Kerwin (2005) en aquest període es comencen a introduir nous aliments i noves textures que ajudaran a madurar les estructures dentilomaxifacials. L'excés de succió s'interpreta com una persistent frontalització de la llengua i causa problemes oclusals com mossegada oberta anterior, creuada i sobremossegada a més a més com a conseqüència apareixen problemes a la parla com el sigmatisme, ja que afavoreixen a l'aparició de punts de contacte inadequats en la producció de fonemes (Marchesan. 2004).

Acosta el cap al menjar

És una estratègia que a base d'errors els nens van aprenent, ja que el menjar i l'aigua cauen de la boca perquè no hi ha suficient tonicitat dels músculs orofacials com el temporal, buccinador, zigomàtic, orbicular dels llavis, elevador del llavi superior, maseter i mentonià.

Segons els autors dels estudis anteriors, s'ha extret la següent pregunta:

El nen acosta el cap al plat per menjar?

SÍ		NO	
----	--	----	--

És una pregunta que ens dóna molta informació, ja que és un símptoma de que el nen no té suficientment tonicitat en els músculs orofacials.

Temps per menjar

Quan existeixen problemes masticatoris, causat per maloclusions com ara mossegada creuada o oberta anterior... el nen acostuma a tardar més a menjar.

Segons els autors dels estudis anteriors, s'ha extret la següent pregunta:

4. Necessita molt de temps per menjar?

SÍ		NO	
----	--	----	--

És un ítem que és necessari preguntar en una anamnesi perquè ens aporta informació de si hi ha bon contacte maxil·lar. Consegüentment ens explicaran que amb el tall els hi costa menjar i se'ls fa "bola".

Protusió lingual:

La protrusió lingual significa la posició anterior de la llengua contra o entre els incisius anteriors mentre el nen descansa, empassa i/o parla.

Segons (González Landa et al., 2009) la causa principal de la protusió lingual és la succió digital i del xumet que són normals fins que aquest hàbit persisteix passat els 3 anys. Llavors apareix un patró deglutori infantil i retard maduratiu de l'estructura òssia.

Quan l'hàbit de succió persisteix s'anomenen hàbits orals lesius i són el resultat de la repetició incorrecta i inconscient dels actes fisiològics de la succió i de la deglució inadequada, el que produeix una immaduresa òssia de la mandíbula. Quan aquest hàbit oral es manté, hi ha un alt índex de probabilitats de patir alteracions oclusals com la mossegada oberta, vestibularització dels incisius superiors, etc.

Per això, s'anomena els nens que tenen protusió lingual que la seva deglució és infantilitzada.

Segons la importància dels símptomes que presenta es planteja la següent pregunta:

5. Treu la llengua quan menja?

SÍ		NO	
----	--	----	--

Sorolls al empassar/ Ganyotes:

Els sorolls apareixen per un excés de força del dors de la llengua. Si la llengua fa un excés de força i una pressió exagerada del dors contra el paladar dur en el moment de passar el bolus cap a l'orofaringe, provoca soroll i possibles expressions facials de sobreesforç.

Per a logopedes ens indica que hi ha certa hipotonia a l'apex lingual o que hi ha un descens lingual. (Marchesan, 2002).

Com que és una pauta dirigida a monitors/es de menjador és molt difícil detectar si es fan sorolls a l'empassar, ja que hi ha molt soroll ambiental, però sí que es pot observar si el nen fa ganyotes a l'hora d'empassar. A més a més, el fet que hi hagi excés de força i una mala trituració i salivació del bolus, fa que el nen faci moviments facials estranys. Amb la següent pregunta:

6. Fa ganyotes quan empassa?

SÍ		NO	
----	--	----	--

Moviments propulsius amb el cap:

Els moviments del cap són un estirament de la musculatura anterior del coll durant la deglució, normalment ve associat a una incorrecta masticació. (Irene Marchesan, 2002)

La primera fase de la deglució (la de tall, trituració i salivació de l'aliment) quan no és correcte, fa que el bolus no es trituri correctament i per tant sigui més gran i heterogeni, en conseqüència es fa més difícil empassar el bolus cap a la orofaríngia i compensa amb moviments del cap.

Segons els autors dels estudis anteriors, s'ha extret la següent pregunta:

7. Fa moviments amb el cap per ajudar a empassar el menjar?

SÍ		NO	
----	--	----	--

En definitiva, observar si el nen o la nena fa cares estranyes ens aporta informació, perquè significa que en el moment d'empassar fan una pressió exagerada del dors contra el paladar dur i provoca soroll i expressions facials corresponents a un sobreesforç.

Són dues preguntes relacionades, ja que ens indica com és la deglució del nen, com per exemple:

- El tall no és correcte.
- La trituració no és correcta.
- La salivació del aliment no és correcta.

Taula		Curs		Inicial Nom		Nen (1) Nena (2)	
-------	--	------	--	----------------	--	---------------------	--

PAUTA D'OBSERVACIÓ DE DEGLUCIÓ DISFUNCIONAL

EN NENS/ADOLESCENTS.

1. El nen acostuma a esta refredat? Té molts mocs?

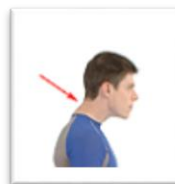
SÍ		NO	
----	--	----	--

2. El nen acostuma a menjar amb la boca oberta?

SÍ		NO	
----	--	----	--

3. El nen presenta projecció cervical?

SÍ		NO	
----	--	----	--



4. El nen acosta el cap al plat per menjar?

SÍ		NO	
----	--	----	--

5. Necessita molt de temps per menjar?

SÍ		NO	
----	--	----	--

6. Treu la llengua quan menja?

SÍ		NO	
----	--	----	--

7. Fa ganyotes quan empassa?

SÍ		NO	
----	--	----	--

8. Fa moviments amb el cap per ajudar a empassar el menjar?

SÍ		NO	
----	--	----	--

OBSERVACIONS

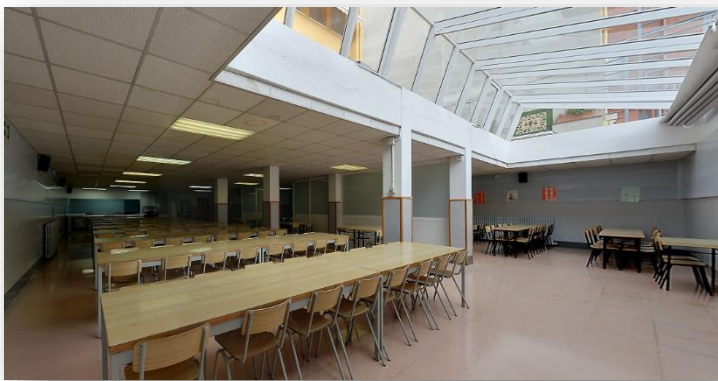
- Quin menjar prefereix?
- S'ho menja tot?

7- ESTUDI EMPÍRIC DE VALIDESA I FIABILITAT

Com s'ha explicat anteriorment, l'objectiu principal és la creació d'una pauta d'observació dedicada a que els monitors de menjador la pugin utilitzar per detectar els nens amb alteració de la deglució i per tant poder-los derivar a un logopeda. És va decidir fer una formació als monitors de menjador de l'escola Vedruna Vall a Terrassa i posteriorment portar a terme la pauta d'observació.

7.1 – Mostra

S'ha escollit l'escola Vedruna Vall a Terrassa per tal de dur a terme aquesta pauta d'observació. És una escola concertada amb més de 150 anys de trajectòria situada al centre de Terrassa i formada per diverses etapes: infantil, primària, E.S.O, Batxillerat amb diferents línies per a cada curs. L'escola disposa d'un menjador i cuina pròpia amb un total de 350 alumnes que es queden a dinar diàriament. Amb un total de 11 monitors de menjador i dos coordinadors de menjador.



7.2- Materials

Per a la realització de la formació s'ha fet una exposició a través d'un suport digital en aquest cas d'un power point (adjunt a l'annex 3) a més a més es va proporcionar diverses pautes d'observació (adjunt a l'annex 2) per tal que es pogués fer una valoració per a cada cas.

7.3- Formació als monitors de menjador

Com s'explica a l'inici d'aquest apartat es fa una formació als monitors de menjador per tal que amb un seguit de pautes puguin distingir aquells nens que poden presentar una deglució disfuncional.

Aquesta explicació inclou:

- Què és la deglució?
- Què és la deglució disfuncional / atípica / immadura ?
- Com ho poden detectar? Amb respostes a totes les preguntes que s'inclouen a la pauta d'observació.

S'adjunta el power point presentat als monitors de menjador a l'Annex 3.

7.4- Condicions d'exploració

Posteriorment es va dur a terme l'utilització de la pauta d'observació. Els monitors de menjador l'hauran de posar en pràctica, per tant hauran d'observar tots els nens però només hauran de respondre la pauta per aquells nens que responen positivament alguna de les qüestions. La pauta es va iniciar el 09/04/2018 i es va finalitzar el dia 20/04/2018. En aquests dies s'ha avaluat els nens menjant:

Amanida de pasta, patata i mongeta tendre, rostit de vedella, sopa, crema de verdures, lluç...

Per tal que la pauta d'observació sigui verídica i fiable s'haurà de fer una observació sense el meu ajut, perquè l'objectiu és que els monitors pugin detectar les alteracions en la deglució sols i posteriorment derivar-los al servei de logopèdia.

També s'ha valorat una taula sencera d'11 nens tant per un monitor i la logopeda.

7.5- Garanties ètiques

Durant la realització d'aquest treball s'han seguit les següents garanties ètiques segons el Codi ètic del Col·legi de Logopedes de Catalunya.

- La responsabilitat essencial del logopeda és ajudar a millorar el benestar dels seus pacients.
- El logopeda té el deure de mantenir en secret tot allò que coneix del pacient en qualsevol àmbit de l'exercici de la seva professió.
- L'atorgament del consentiment haurà de ser preferentment per escrit, signat pel mateix subjecte o per les persones que el representen.

Per respectar al màxim la confidencialitat dels alumnes del menjador de l'escola, només s'ha demanat i registrat la inicial i el curs de cada nen.

8- RESULTATS

S'ha passat la pauta d'observació a nens del menjador que presenten alguns ítems positius d'una mostra total de 350 alumnes i s'ha detectat 30 nens de diverses edats des de P3 a 6è de primària.

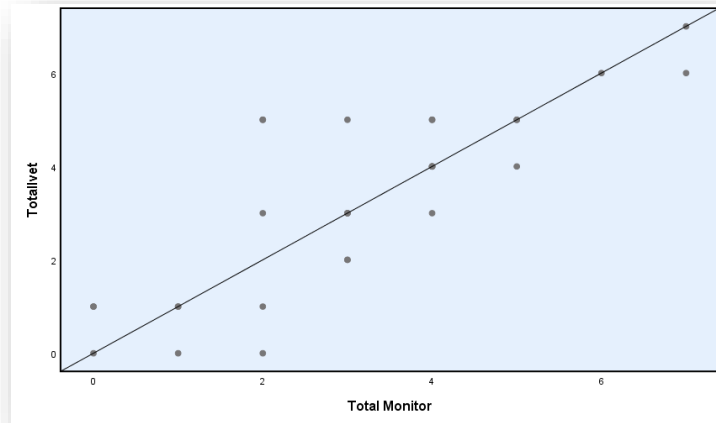
S'ha extret els següents resultats amb el programa estadístic SPSS v20.

Amb els 30 subjectes avaluats 22 són nens i 8 són nenes. S'ha avaluat 16 nens de P3, 4 nens de P4, 1 nen de P5, 3 nens de 1r de Primària, 1 nen de 2n de Primària, 2 nens de 3r de Primària, 2 nens de 4rt de Primària, 1 nen de 6è de Primària.

Mitjana	3,27
Mediana	3,50
Moda	5
Desviació típica	1,9
Rang	7
Mínim	0
Màxim	7

Al tenir una $N \geq 30$ subjectes, no és una distribució normal i no s'ajusta als anomenats criteris paramètrics per tant s'assumeix la normalitat. I es fa una Correlació de Pearson per veure si hi ha relació entre les puntuacions entre la logopeda i la dels monitors

El resultat d'aquesta correlació de Pearson és de 0.829 $P < 0,01$, per tant es considera que hi ha una relació estreta entre les dues puntuacions de la logopeda i dels monitors.



Per últim s'ha analitzat el coeficient de correlació d'intraclase (CCI) que mesura el grau d'acord entre els dos experimentadors sobre la mateixa mostra.

El resultat de cada una de les preguntes és de 0.805 considerada alta.

(Resultat adjuntat a l'Annex 4)

9- DISCUSSIÓ

Des de fa anys es plantegen certs valors que afecten a la deglució com ara la respiració bucal, els hàbits orals lesius...amb aquesta pauta d'observació i amb els resultats obtinguts, es pot extreure informació per tal de comparar-se.

Com bé s'ha dit anteriorment compararé certs ítems que s'han trobat rellevants tant en l'observació com en la literatura científica.

La respiració bucal es considera una de les causants d'una deglució disfuncional ja que segons (Barrios et al., 2001) es produeixen series alteracions en l'aparell estomatognàtic que afecten al nen tant estètica, funcional i psíquicament. A més a més al trencar-se aquest mecanisme fisiològic s'afecta al creixement i desenvolupament però no només facial, sinó general. Segons (Coromina, Estivill,2006) també destaquen altres problemes que no són de caràcter fisiològic com ara: hiperactivitat, dèficit d'atenció, obesitat o conductes agressives, rebels i fracàs escolar.

Durant els dies d'observació al menjador de l'escola he pogut percebre que hi ha un gran percentatge de nens amb una respiració predominant bucal que presenten una alteració en la deglució segons la pauta.

Un altre ítem que es considera molt important és el comportament postural. Segons Chiavaro (2011) considera que totes les disfuncions condicionen i alteren el resultat funcional de la deglució. Aquesta condició òssia-postural-funcional és condicionada bàsicament pels desplaçaments que es realitzen en cada deglució, per tant s'estableix un cercle de retroalimentació entre la forma i la funció. Encara que, al menjador de l'escola no és va detectar molts nens amb una alteració postural, en aquest cas projecció cervical i una alteració en la deglució.

Pel que fa la proplusió lingual segons autors com Marchesan (2002) considera que la propulsió lingual quasi sempre apareix amb una mossegada oberta anterior en sentit transversal i també apunta que hi ha una repetició incorrecte dels hàbits orals lesius com ara la succió digital durant un temps prolongat i per tant la llengua baixa i hi ha més predisposició de que es projecti durant la deglució. D'altra banda en l'observació duta

a terme al menjador de l'escola es va poder comprovar que es una ítem rellevant ja que molts nens que projectaven la llengua responien positivament en altres alteracions com la respiració bucal.

Finalment, Marchesan (2002) indica que quan la masticació no és correcte, el bolus és major i heterogeni, per tant es fa més difícil la transició cap a la orofaringe. El pacient, sense donar-se conte, tira el cap endavant..... D'altra banda, també es considera la importància de la presència de ganyotes i sorolls i això és indicador d'un excés de força del dors de la llengua, és a dir es fa una pressió exagerada del dors de la llengua contra el paladar dur, provocant sorolls i ganyotes. Durant l'observació no es van detectar molts casos, ja que per poder veure si hi ha moviments compensatoris o ganyotes s'ha de fer una valoració més exhaustiva i individual.

En definitiva els ítems que componen aquesta pauta d'observació són rellevants segons la literatura científica, però no tots ells són de fàcil detecció per a una deglució disfuncional com per exemple els moviments compensatoris i/o les ganyotes. Tot i que, segons els resultats obtinguts tots els ítems hi ha certa correlació entre la valoració d'un no professional (monitor de menjador) i un professional.

10- CONCLUSIÓ

En primer lloc, la realització d'aquest treball m'ha permès veure que el personal no professional com ara els monitors de menjador poden realitzar una "detecció" de nens amb deglució disfuncional seguint la pauta que s'ha creat. El fet que ells no són logopedes no poden fer una detecció d'una deglució disfuncional, per això han d'estar alertes d'aquells nens que responen positivament els ítems i per tant, traspassar la informació als tutors del nen i posteriorment als pares perquè el derivin a un logopeda i faci una exploració i una detecció exhaustiva i individual del nen. Aquesta pauta està composta per 8 ítems que ajuden a poder detectar nens amb aquests signes d'alerta. A més a més, és necessari fer una formació (com es va fer a l'inici de l'observació) perquè els ajuda a poder entendre el perquè del que els hi passa habitualment al menjador.

Per efectuar si aquesta pauta és fiable, s'ha hagut de fer una valoració per part de la logopeda i una altra per part de l'equip de monitors de menjador. Si hi ha un gran nombre de correlació significa que concorden les respostes. Els resultats obtinguts és una R de Pearson de 0.829 per tant hi ha relació entre les respostes fetes per l'equip de monitors i la logopeda.

També, s'ha realitzat una prova estadística específica per comprovar el resultat, aquest ha estat de 0.805 per tant es pot considerar que la pauta d'observació és fiable.

Seguidament, durant la realització d'aquest treball s'han plantejat 5 objectius:

- Identificar les característiques principals de la deglució disfuncional.
- Analitzar les característiques que a simple vista es poden detectar.
- Crear una pauta d'observació
- Validar la pauta d'observació
- Comprovar la fiabilitat

Els dos primers objectius s'han aconseguit a través d'una cerca acurada. Hi ha molts articles que ens parlen de la deglució atípica/adaptada però molts d'ells no ens servien, ja que no feien referència a símptomes que es poden detectar a simple vista.

Per aconseguir el tercer objectiu es va crear una pauta d'observació. Quan es va començar a crear la pauta hi havia més ítems però donant-li voltes a les preguntes es va decidir que seria més útil eliminar-ne alguna per tal de fer-ho més senzill i no tan complet de cara a l'observació dels monitors.

Quan es va dur a terme l'observació i valoració dels nens al menjador. Per una banda va ser senzill, perquè la pauta era fàcil d'omplir i ràpida. Per altra banda, va ser complicada de gestionar perquè hi havia molts nens, poc temps per valorar i els monitors tenien molta feina.

Els dos últims objectius els vaig analitzar i valorar després d'obtenir totes les enquestes. Els resultats van ser molt positius perquè hi ha relació entre les dues valoracions, per tant la pauta d'observació és vàlida i fiable.

LIMITACIONS PRÒPIES

Durant l'observació del menjador vaig poder observar diverses limitacions, perquè tenia pensades unes coses i a la pràctica no va poder ser així.

Hi havia un gran nombre d'alumnes, per tant molt moviment i els monitors tenien molta feina. Crec que el fet que ells tinguessin tanta feina va complicar les coses, encara que vaig estar molt ben rebuda per part de tot l'equip i tots ells van estar molt atents a totes les meves explicacions perquè creien que era una feina molt interessant i els podia ajudar en un futur.

Les observacions s'han dut a terme a nens d'infantil i primària degut que valorar els alumnes d'E.S.O no ha estat possible perquè notaven com un estrany els observava i avaluava com menjaven, per tant els resultats no haguessin sigut reals.

En els nens d'infantil i primària també hi havia moments que es tensaven però s'havia de dissimular, per tal que ells no veiessin que els estàvem "avaluant" i així fer que les valoracions fossin el més real possible.

PROPOSTA DE NOVES RECERQUES O ACTUACIONS

Segons tots els resultats obtinguts la pauta que s'ha creat és vàlida perquè els monitors de menjador la puguin utilitzar. Tot i que, inicialment necessiten una formació perquè puguin entendre tots els ítems.

Però seria interessant fer un estudi amb una mostra més amplia, a altre escoles i a altres monitors de menjador.

És necessari tenir la presència d'un logopeda al menjador per tal de poder fer una exploració extraoral/intraoral i també poder fer teràpia miofuncional per poder corregir les alteracions que s'han avaluat.

11- REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Barrios, L., Puente, M., Castillo, A., Rodríguez, M., & Duque, M. (2001). Hábito de respiración bucal en niños. *Revista Cubana Ortodoncia*, 16(1), 47–53. Retrieved from http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord07101.pdf
- De La Teja-Ángeles, E., López-Fernández, R., Américo, L., Cano-De, A., & Téllez-Rodríguez, J. (2011). Frenillo lingual corto o anquiloglosia. *Acta Pediátrica México*, 32(6), 355–356. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm116i.pdf>
- González Landa, G., Pérez González, V., De Celis Vara, R., Sánchez - Ruiz, I., Díez Rodríguez, R., & Prado Fernández, C. (2009). Valoración de los hábitos orofaciales en niños. *Boletín de La Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría*, 41, 9–15. Retrieved from <http://www.svnp.es/sites/default/files/41-1-09.pdf>
- Manno, C. J., Catherine, F., Eicher, P. S., & MaryLouise E. Kerwin. (2005). Early oral-motor interventions for pediatric feeding problems: what, when and how. *The Journal of Early and Intensive Behavioral Intervention*, 2(3), 145–159. <https://doi.org/10.1037/h0100310>
- Marchesan, I. (2002). Deglución — Diagnóstico y Posibilidades Terapéuticas. *Espacio Logopedico*, 1–12. Retrieved from <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34860642/deglucion.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1509723251&Signature=%2BUvBMiXkcg84moKyDMSSH1Or7LU%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DDeglucion.pdf>
- Marchesan, I. (2002). Deglución — Diagnóstico y Posibilidades Terapéuticas. *Espacio Logopedico*, 1–12. Retrieved from <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34860642/deglucion.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1509723251&Signature=%2BUvBMiXkcg84moKyDMSSH1Or7LU%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DDeglucion.pdf>
- Martín, L., García, S., Expósito, I., Estrada, V., & Pérez, Y. (2010). Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Archivo Médico de Camagüey*, 14(6), 1–13. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc210610.pdf>
- Martín Zaldivar, L., García Peláez, S., Expósito Martín, I., Estrada Verdeja, V., & Pérez Llanes, Y. (2010). Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Archivo Médico de Camagüey*, 14(6), 1–13. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc210610.pdf>
- Medina, C., Laboren, M., Vilorio, C., Quirós, O., D'Jurisic, A., Alcedo, A., ... Tedaldi, J. (2012). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia Y Odontopediatría*, 1–29. Retrieved from <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>

Ortiz, M.-L., & Restrepo, D.-P. (2011). ANALISIS COMPARATIVO DE LA DEGLUCION NORMAL y ATIPICA UTILIZANDO LA TECNICA PAVNE V LA TECNICA CONVENCIONAL. *CES Odontología*, 7(1), 59–63. <https://doi.org/10.21615/1572>

Roig Quilis, M., & Pennington, L. (2011). *Oromotor disorders in childhood*. Viguera.

Rutz, M. A., & Cerecedo, A. (2002). Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimental. *Cuadernos de Audición Y Lenguaje*, 3, 13–56. <https://doi.org/89798433677>

11- ANNEX

11.1- Protocol d'exploració

PROTOCOL D'EXPLORACIÓ INICIAL INTERDISCIPLINÀRIA OROFACIAL PER A NENS I ADOLESCENTS
(Dirigit a logopedes, odontòlegs, otorinolaringòlegs i pediatres)

Realitzat per: Especialitat:

Dades del pacient:

Nom del pacient: Estat: Data:
Sexe: Pes: Alçada: Antecedents:

Concepte:


L'exploració interdisciplinària orofacial, extra i intraoral comprèn l'examen per a la detecció de possibles alteracions morfològiques i/o disfuncions.
Aquesta proposta és una aproximació a un protocol d'exploració que reuneix 2 característiques:
1- Rapidesa (5-8 minuts)
2- Simplicitat

Anamnesi:		Si	No	No sap
1-	Ronca habitualment el seu fill mentre dorm?			
2-	Durant el son, ha observat si al nen li costa respirar o ho fa amb molt d'esforç?			
3-	Ha detectat en el seu fill mentre dorm:			
	Pauses o parades respiratòries?			
	Son Intranquil o agitat?			
	Postures anòmales del cap (hiperextensió, etc)			
	Sudoració excessiva			
4-	Mulla el cobrí amb saliva?			
5-	Es cansa quan corre o quan fa exercici?			
6-	Es queda amb la boca oberta mirant la televisió o l'ordinador?			
7-	Té baveig diürn?			
8-	Es constipa freqüentment?			
9-	Té al·lèrgies (o asma)?			
10-	Hàbits: xumet/succió digital/onicofàgia/quilofàgia/ altres			
11-	Perd la veu sovint?			
12-	Té problemes de pronunciació?			


2 Respiració:

Nasal Bucal Mixta


3 Perfil:



Normal. Classe I



Convex. Classe II








Còncav. Classe III

4 Codificació de naris (amb respiració forçada)

						
<input type="checkbox"/> Grau 0 Naris	<input type="checkbox"/> Grau 1 No col·lapsa ni dilata	<input type="checkbox"/> Grau 2 Col·lapsa unilateral parcial	<input type="checkbox"/> Grau 3A Col·lapsa parcial bilateral	<input type="checkbox"/> Grau 3B Col·lapsa total unilateral	<input type="checkbox"/> Grau 4 Col·lapsa total i col·lapsa parcial	<input type="checkbox"/> Grau 5 Col·lapsa total bilateral







Mobilitat lingual (demandar al pacient que elevi la llengua amb la boca totalment oberta. Intentant tocar el paladar)

5

					
<input type="checkbox"/> Grau 0 Frontonada	<input type="checkbox"/> Grau 1 Punta llengua toca el paladar	<input type="checkbox"/> Grau 2 Còndil·lus toca el paladar	<input type="checkbox"/> Grau 3 Equilibrat entre els lòbuls sup. i inferiors	<input type="checkbox"/> Grau 4 Subtopessa als lòbuls inferiors	<input type="checkbox"/> Grau 5 No subtopessa als lòbuls inferiors

Amígdal·les

6

					
<input type="checkbox"/> Grau 0 Amígdal·les pràcticament invisibles	<input type="checkbox"/> Grau 1 No hi ha amígdal·les visibles	<input type="checkbox"/> Grau 2 Amígdal·les molt petites (<10%)	<input type="checkbox"/> Grau 3 Amígdal·les 1/3 visible (entre 20% i 30%)	<input type="checkbox"/> Grau 4 Amígdal·les 2/3 visible (entre el 30% i 70%)	<input type="checkbox"/> Grau 5 Amígdal·les 3/3 visible (>70%)




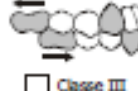
Llavis

7

		
<input type="checkbox"/> Contacte labial en repòs	<input type="checkbox"/> Sense contacte labial en repòs	<input type="checkbox"/> Llavis secs o esquerdat

Maloclusió (Angle)

8

			
<input type="checkbox"/> Classe I (Normal)	<input type="checkbox"/> Classe II/1	<input type="checkbox"/> Classe II/2	<input type="checkbox"/> Classe III




Mossegada, Oclusió

9

			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Profunda anterior	<input type="checkbox"/> Oberta	<input type="checkbox"/> Creuada (uni. o bilat.)

Al·lineació

10

		
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diastemes	<input type="checkbox"/> Aplinyament




Deglutició

11

<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Fa ganyotes a l'empassar?	<input type="checkbox"/> Interposa la llengua i/o el llavi a l'empassar?
---------------------------------	--	--

Alteracions posturals

12

		
<input type="checkbox"/> Posició normal	<input type="checkbox"/> Lordosi Augment de la curvatura lumbar	<input type="checkbox"/> Cifosi Dors curb, desviació de la columna lumbar, capçada d'espatlles, Sota pla i abducció prominent

Adenoides:

13

Test fonètic (minyona)	<input type="checkbox"/> Positiu (diferent)	<input type="checkbox"/> Endoscòpia (exclusiu ORL)	<input type="checkbox"/> No obstrucció
	<input type="checkbox"/> Negatiu (igual)	<input type="checkbox"/> Tècnic Rx perfil (Exclusiu ortodontistes)	<input type="checkbox"/> Obstrucció parcial
			<input type="checkbox"/> Obstrucció severa

Es recomana valoració per:

14

<input type="checkbox"/> Otorinolaringòleg	<input type="checkbox"/> Ortodontista	<input type="checkbox"/> Logopeda	<input type="checkbox"/> Pediatra
--	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Autors: Elsa Botini, Alberto Camacho, Jordi Corominas, Graciela Donato, Pablo Echarr, Diana Grand, Lyda Lapitz & Emma Vila.

11.2- Pauta d'observació

Taula		Curs		Inicial Nom		Nen (1) Nena (2)	
-------	--	------	--	----------------	--	---------------------	--

PAUTA D'OBSERVACIÓ DE DEGLUCIÓ DISFUNCIONAL

EN NENS/ADOLESCENTS.

1. El nen acostuma a estar refredat? Té molts mocs?

SI		NO	
----	--	----	--

2. El nen acostuma a menjar amb la boca oberta?

SI		NO	
----	--	----	--

3. El nen presenta projecció cervical?

SI		NO	
----	--	----	--



4. El nen acosta el cap al plat per menjar?

SI		NO	
----	--	----	--

5. Necessita molt de temps per menjar?

SI		NO	
----	--	----	--

6. Treu la llengua quan menja?

SI		NO	
----	--	----	--

7. Fa ganyoles quan empassa?

SI		NO	
----	--	----	--

8. Fa moviments amb el cap per ajudar a empassar el menjar?

SI		NO	
----	--	----	--

OBSERVACIONS

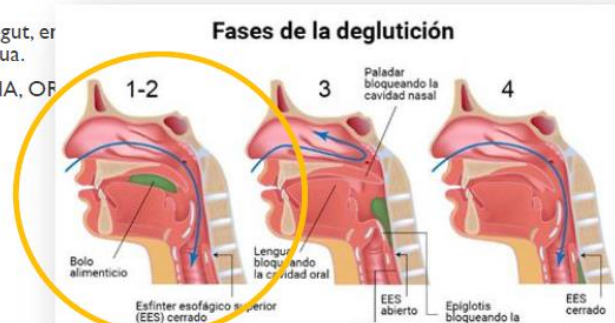
- Quin menjar prefereix?
- S'ho menja tot?

PAUTA D'OBSERVACIÓ DE DEGLUCIÓ DISFUNCIONAL EN NENS/ADOLESCENTS.

Ivet Valverde Amorós
Grau Logopèdia
Universitat Blanquerna
Tutor: Josep Maria Vila
Email:
ivetva@blanquerna.url.edu

- QUÈ ÉS LA DEGLUCIÓ?

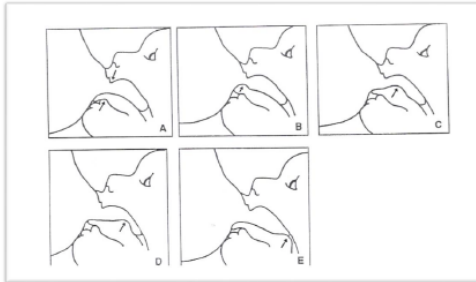
- La deglució és una acció motora automàtica, en la que actuen músculs de la **respiració** i de l'**aparell gastrointestinal**.
- La deglució es modifica **al llarg de la vida** degut, en part, al creixement i al desenvolupament de la llengua.
- Hi ha 4 fases de deglució: FASE PREPARATORIA, ORAL, FARÍNGIA I ESOFÀGICA.



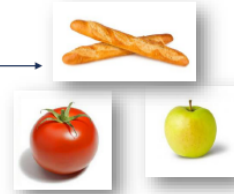
- Al llarg de la vida es va modificant la nostra deglució.

1r- Succionem lactància materna .vs. biberó

DEGLUCIÓ INFANTILITZADA



A partir dels 4-6 mesos comencem a introduir noves textures



2n- La nostra estructura mandibular s'està desenvolupant per a una deglució madura.

3r- Quan ja tenim les dents permanents la nostra deglució està preparada → **Deglució madura (5-6 anys)**

(Marchesan, I.Q. 2004)

- QUÈ ÉS LA DEGLUCIÓ DISFUNCIONAL/ DEGLUCIÓ ATÍPICA/ IMADURA?

- Quan el nen fa moviments inadequats com treure la llengua, fer ganyotes, fer moviments de compensació...
- Es causat per:
 - Utilització d'hàbit orals lesius (succió, succió dit, xumet...)
 - Ús excessiu d'aliments amb textures toves (Bimbo)
 - Incorrecta respiració en repòs → **RESPIRACIÓ BUCAL**



CONSEQÜÈNCIES

- Maloclusions

CARACTERÍSTIQUES DE RESPIRACIÓ BUCAL

Són nens fàcils de detectar, perquè presenten unes característiques facials peculiars.

- **Llavi hipotònic inferior** (sense to muscular) i ressecs.
- **Sense contacte** entre el llavi superior i llavi inferior.
- **Narius petites**
- Nens presenten **ulleres**
- A vegades, **no tenen els pòmuls marcats**.



- COM HO PODEM DETECTAR?

- 1) El nen acostuma a estar refredat? Té molts mocs?
- 2) El nen acostuma a menjar amb la boca oberta?



A més a més, són nens que acostumen a tenir problemes conductuals com:

- Hiperactivitat
- Dèficit d'atenció
- Fracàs escolar
- Retard del creixement

(Coromina, Estivill. 2003)

- COM HO PODEM DETECTAR?

- 3) El nen presenta projecció cervical?

Som una cadena d'ossos i músculs i quan persisteix una disfunció d'una part del cos, en aquest cas el mentó, s'encadena amb altres alteracions.

Desplaçament del MENTÓ → provoca extra-tensió a la MANDÍBULA



Chiavaro, N. (2011).

- COM HO PODEM DETECTAR?

- 4) El nen acosta el cap al plat per menjar?

Els nens acosten el cap el menjar perquè se'ls hi cau el menjar de la boca.

- 5) Necessita molt de temps per menjar?

Quan hi ha maloclusions els nens acostumen a tardar més.



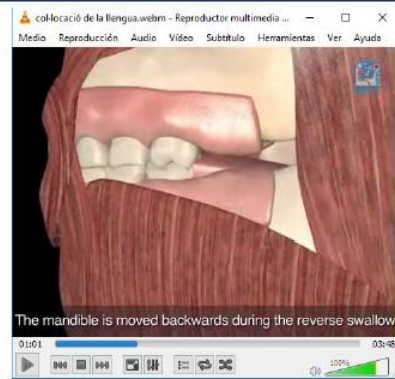
(Felipe, L. B. et al, 2001).

- COM HO PODEM DETECTAR?

- 6) Treu la llengua quan menja?

El nen encara té una deglució infantil.

Normalment es presenta protusió lingual quan hi ha persistència de succió nutritiva (biberó) o no nutritiva (xumet, dit...)



(Lugo & Toyo, 2011).

- COM HO PODEM DETECTAR?

- 7) Fa ganyotes quan empassa?

El nen fa un excés de força per empassar el bolus, ens pot indicar que no hi ha suficient tonicitat lingual.

- 8) Fa moviments amb el cap per ajudar a empassar el menjar?

La primera fase (la de tall, trituració i salivació del aliment) NO és correcte, fa que el bolus NO es trituri correctament i per tant sigui més gran i heterogeni → més difícil empassar

(Marchesan, 2002)

A MÉS A MÉS...

- Seria interessant esbrinar
- Quin menjar prefereix?
- S'ho menja tot?



I SI ÉS FIABLE AQUESTS ITEMS, ES PODRÀ POSAR EN MARXA AQUESTA PAUTA D'OBSERVACIÓ PER TAL DE QUE VOSALTRES POGUEU DETECTAR AQUESTS NENS I DERIVAR-LOS A UN ESPECIALISTA (LOGOPEDA).

11.4- RESULTATS

- Moda, Mitjana, Moda, Mínim, Màxim, Rang

Estadístics					
		Totalvet	Total Monitor	Curs	Gènere
N	Vàlidos	30	30	30	30
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	3,27	3,13		1,27
	Mediana	3,50	3,00		1,00
	Moda	5	4		1
	Desv. típ.	1,982	1,889		,450
	Rango	7	7		1
	Mínimo	0	0		1
	Máximo	7	7		2
	Suma	98	94		38

- Gènere

Gènere					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje vàlido	Porcentaje acumulado
	Nen	22	73,3	73,3	73,3
Vàlidos	Nena	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

- Curs

Curs				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1rP	3	10,0	10,0	10,0
2nP	1	3,3	3,3	13,3
3rP	2	6,7	6,7	20,0
4rP	2	6,7	6,7	26,7
Válidos 6èP	1	3,3	3,3	30,0
P3	16	53,3	53,3	83,3
P4	4	13,3	13,3	96,7
P5	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

- Correlació R de Pearson

Correlaciones			
		TotalIvet	Total Monitor
TotalIvet	Correlación de Pearson	1	.829**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	30	30
Total Monitor	Correlación de Pearson	.829**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	30	30

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

- α de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,805	16

- Fiabilitat per ítem

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
II1	6,30	13,183	,190	,806
II2	5,67	12,368	,356	,798
II3	6,00	12,276	,336	,800
II4	5,90	12,438	,279	,804
II5	5,83	11,316	,627	,777
II6	6,03	11,826	,483	,789
II7	6,13	11,913	,509	,788
II8	6,07	11,926	,465	,790
IM1	6,23	13,771	-,078	,821
IM2	5,60	12,386	,400	,795
IM3	6,07	12,271	,356	,798
IM4	5,93	11,375	,603	,779
IM5	5,80	11,683	,518	,786
IM6	6,10	12,231	,383	,796
IM7	6,20	12,028	,533	,787
IM8	6,13	12,120	,439	,792

- Coeficient de correlació intraclasse

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase ^b	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,205 ^a	,120	,344	5,131	29	435	,000
Medidas promedio	,805 ^c	,686	,893	5,131	29	435	,000

Modelo de efectos mixtos de dos factores en el que los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlación intraclase de tipo C utilizando una definición de coherencia, la varianza inter-medidas se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto de interacción, ya que de otra manera no es estimable.