



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas

Escuela de Ciencias Clínicas

Trabajo de grado para optar por la Licenciatura en Fonoaudiología

Proyecto Educativo

Proyecto de Colaboración en el área de Deglución, dirigido a los
Estudiantes de Fonoaudiología de 6to y 8vo semestre de la UDELAS
en el 2020, Sede Panamá

Presentado por:

Jiménez Buendía, María Gabriela 8-941-109

Morán Howard, Ruth Nadine 8-938-392

Asesor:

Magíster Félix Ortega

Panamá, 2021

CONTENIDO GENERAL

	Páginas
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL	8
1.1 Antecedentes teóricos del proyecto	8
1.2 Diagnóstico de la situación actual	10
1.3 Justificación	10
1.4 Objetivos del proyecto	11
1.4.1 Objetivo General	11
1.4.2 Objetivos específicos	11
1.5 Duración	12
1.6 Beneficiarios	13
1.7 Localización física	13
1.8 Marco institucional del proyecto	16
CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	18
2.1 Fundamentación teórica	19
2.1.1 Concepto de Deglución	19
2.1.2 Fases de la Deglución	19
2.1.3 Deglución atípica	21
2.1.4 Disfagia	21
2.1.5 Patologías en las que se ve alterada la deglución	23
2.1.6 Evaluación y diagnóstico de las alteraciones deglutorias	51
2.1.7 Intervención o tratamiento de las alteraciones deglutorias	55
2.2 Propuesta de intervención	58
2.3 Estructura organizativa y de gestión de proyecto	60

2.4 Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar	63
2.5 Productos	63
2.6 Cronograma de impartición del proyecto	65
2.7 Presupuesto	66
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS	67
3.1 Interpretación de los resultados del proyecto	68
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES	106
LIMITACIONES	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS E INFOGRAFÍA	105
ANEXOS	112
ÍNDICE DE CUADROS	217
ÍNDICE DE GRÁFICAS	218

RESUMEN

En el presente proyecto se analizan las competencias adquiridas en el área de deglución en los estudiantes de 6to y 8vo semestre de la licenciatura en fonoaudiología de la UDELAS sede Panamá en el año 2020 cuyos resultados son comparados con las opiniones de los últimos egresados de los años 2015 al 2019.

A dichos egresados (56) se les aplicará una encuesta que nos permitirá conocer los contenidos adquiridos durante su formación académica, las metodologías que emplean en la intervención en pacientes con disfagia, así como para conocer sus enfoques de intervención y herramientas terapéuticas. Igualmente, se aplica una encuesta a (50) estudiantes de fonoaudiología para identificar el nivel de conocimientos en el área evaluada. Dependiendo de las falencias de información se prepararán docencias informativas con el objetivo de apoyar con las informaciones que resulten con carencias. Finalmente, se aplicará un pos-test que nos permitirá evaluar el aporte del proyecto de colaboración.

Entre los resultados más importantes del proyecto tenemos:

El 31.6% de los egresados de la licenciatura en Fonoaudiología calificaron su nivel de competencias para evaluar usuarios con trastornos de la deglución con una puntuación de 5 en una escala del 1 a 10, siendo esta regular. Al igual que el 28.1% de los mismos egresados al momento de diagnosticar pacientes con trastornos de la deglución. Y por último, el 24.6% de los egresados calificaron su nivel para intervenir pacientes con trastornos de la deglución con la misma puntuación.

Por su parte, los estudiantes mejoraron notablemente en la encuesta post- docencia con incremento de 17.90%, dicho porcentaje es una media de la preguntas relacionadas a conocimiento general.

Y por último, el 98% de los estudiantes y egresados están de acuerdo con la creación de una guía clínica en conocimientos generales del área de deglución.

Deglución, Disfagia, evaluación, Intervención, Competencias académicas

ABSTRACT

In this project, the competences acquired in the area of swallowing are analyzed in students of the 6th and 8th semester of the degree in speech therapy at UDELAS, Panama headquarters in 2020, the results of which are compared with the opinions of the last graduates of the years. 2015 to 2019.

A survey will be applied to these graduates (56) that will allow us to know the contents acquired during their academic training, the methodologies they use in the intervention in patients with dysphagia, as well as to know their intervention approaches and therapeutic tools. Likewise, a survey is applied to (50) speech therapy students to identify the level of knowledge in the evaluated area. Depending on the information deficiencies, informative lectures will be prepared in order to provide information that is lacking. Finally, a post-test will be applied that allows us to evaluate the contribution of the collaboration project.

Among the most important results of the project we have:

31.6% of the graduates of the degree in Speech Therapy rated their level of competencies to evaluate users with swallowing disorders with a score of 5 on a scale of 1 to 10, this being regular. Like 28.1% of the same graduates at the time of diagnosing patients with swallowing disorders. And finally, 24.6% of the graduates rated their level to intervene in patients with swallowing disorders with the same score.

On the other hand, the students improved notably in the post-teaching survey with an increase of 17.90%, this percentage is an average of the questions related to general knowledge.

And finally, 98% of students and graduates agree with the creation of a clinical guide on general knowledge of the swallowing area.

Swallowing, Dysphagia, assessment, Intervention, Academic skills

INTRODUCCIÓN

La deglución es un proceso mecánico que implica varias estructuras, esta inicia en la boca con la formación del bolo alimenticio y culmina cuando el alimento llega al esófago y de allí pasa al estómago.

El presente proyecto que es de tipo no experimental, transversal, descriptivo y no probabilístico, el cual consta de tres capítulos que describiremos a continuación:

El capítulo I, describe el marco referencial del proyecto, donde detallamos antecedentes teóricos de estudios similares, el diagnóstico de la situación actual, justificación, objetivos del proyecto, la duración, beneficiarios, la localización física con la cual se llevará a cabo el estudio, y por último, el marco institucional donde se hablara de instituciones involucradas y responsabilidad de cada una.

Posteriormente, en el capítulo II, donde se especifican la fundamentación teórica, la propuesta de intervención, la estructura organizativa y de gestión de proyecto, especificación operacional de las actividades y tareas a realizar, los productos, el cronograma de impartición del proyecto, y por último el presupuesto para llevar a cabo el estudio.

Por su parte en el capítulo III, se analizarán los resultados de las encuestas aplicadas a los 106 participantes, se describen las conclusiones a las que se han logrado llegar, se detallan recomendaciones, referencias bibliográficas e infografía y anexos de los cuales se puede resaltar la guía clínica de conocimientos generales del área de deglución que beneficia tanto a los profesionales como estudiantes, de igual forma a pacientes con alteraciones deglutorias.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO 1: MARCO REFERENCIAL DEL PROYECTO

1.1 Antecedentes teóricos del proyecto

Durante la búsqueda de la literatura para llevar a cabo este proyecto se encontró los siguientes estudios como antecedentes y referencia:

Uno de ellos es un estudio sobre procedimientos para la evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea, tuvo como población 21 fonoaudiólogos que egresaron de la Universidad del Cauca, y laboraban en la ciudad Popayán, este estudio se realizó en el 2010 por (Caicedo, Guzmán, Obando, Perlaza, & Portilla, 2010). Se logró identificar cuáles eran dichos procedimientos para evaluar y diagnosticar el trastorno o dificultad conocido como disfagia a través de una caracterización demográfica de los profesionales. Los procedimientos más utilizados en esta investigación fueron: valoración de los órganos fono articuladores, blue test y anamnesis. El menos realizado fue auscultación cervical. Ningún fonoaudiólogo mencionó la apreciación de la voz y técnica de los cinco dedos. Entre los signos para el diagnóstico de disfagia estaban: el mal manejo del bolo, derrame de líquido por comisuras labiales y la tos. Como resultados de este estudio se encontró que el 66.7% de los egresados no hacen uso de un protocolo. El 47.6% no clasifica disfagia por su grado de severidad y el 42.8% remite pruebas como videofluoroscopia. Por último elaboraron un protocolo de evaluación y diagnósticos a través de recopilación teórica. La conclusión de este estudio fue que cada fonoaudiólogo tiene distintos procedimientos a pesar de formarse en las mismas instituciones.

Por su parte, (Prieto Alvarado, 2020) estudió sobre el conocimiento general sobre lo ante conocido como dislalia y ahora trastornos de los sonidos del habla (TSH) en estudiantes de posgrado de estomatología, con el propósito de determinar el nivel de conocimiento y actitudes como asociación de variables en materia de trastornos de los sonidos del habla fonéticos, este estudio se dio en Lima - Perú,

se evaluaron a 60 alumnos de posgrado de estomatología y en los resultados se observó que el conocimiento de dichos estudiantes fue de regular a deficiente. Se pudo concluir que el nivel de conocimiento de los estudiantes de posgrado de Estomatología fue regular con un porcentaje de 51.7%, y el nivel de actitud fue de 58.3%.

Otro estudio fue publicado por la revista chilena de Fonoaudiología, con autoría de (Fuentes, 2013). En donde se hizo un estudio del nivel de formación que los Fonoaudiólogos alcanzaban a su egreso, la finalidad del mismo era conocer su percepción acerca de su desarrollo hasta el momento de su egreso así como el requerimiento laboral y el mismo se realizó aplicando un cuestionario a 60 fonoaudiólogos. Como resultado se obtuvo una diferencia marcada entre ambos objetivos, los cuales eran: en primer lugar consultar la percepción de desarrollo al egreso y en segundo lugar la percepción en torno al requerimiento laboral, tomando en cuenta al grupo perteneciente y las habilidades fonoaudiológicas. Concluyendo que el requerimiento laboral sobrepasa los conocimientos dados durante la carrera, es decir, la percepción de requerimiento laboral es superior que la percepción de formación universitaria recibida.

En otra investigación realizada en Colombia a egresados de la Fundación Universitaria de María Cano en Medellín, en este estudio se hizo una comparación entre la formación recibida y cómo lo califican sus empleadores con el objetivo de identificar las fortalezas, debilidades, entre otros aspectos en relación a la formación de los estudiantes. Los empleadores mencionaron una debilidad en formación y desarrollo de proyectos, así mismo como en las habilidades comunicativas. De igual forma concluyeron que los egresados tienen buenas fortalezas e invitaron a reforzar conocimientos a través de investigaciones en discapacidad, audiología, terapia miofuncional, entre otras. (Rojas, 2012).

1.2 Diagnóstico de la situación actual

La licenciatura en Fonoaudiología en la UDELAS ha realizado una actualización en su plan académico, en el cual se elimina completamente la asignatura de deglución y la agrega a otra que comprende distintos contenidos académicos. (UDELAS, 2020) Esta realidad hace que los estudiantes del nuevo plan se formen con limitadas competencias en esta área del quehacer fonoaudiológico, aunado a los pocos espacios de práctica donde se desarrollen estas evaluaciones e intervenciones que ya venían presentando los estudiantes de anterior plan.

1.3 Justificación

La deglución es una de las primeras funciones en desarrollarse, la misma nos permite transportar las sustancias líquidas, semisólidas y sólidas desde la cavidad oral hasta el estómago, en todas las etapas del desarrollo del ser humano (Infantil-adulto mayor). Esto se da tras la coordinación de las funciones neuromusculares en los órganos fonoarticuladores.

Esta función puede verse afectada por diferentes causas: malformaciones congénitas síndromes, prematuridad, alteraciones craneoencefálicas, accidentes cerebro vasculares entre otros.

Según la primera encuesta de discapacidad (PENDIS, 2006), los adultos mayores a partir de los 65 años mantienen una alta tasa de discapacidad, producto de accidentes y enfermedades neurodegenerativas. La OMS en el 2010 informó que Panamá posee una tasa de nacimientos prematuros del 8.1% (La Prensa, 2012)

Estas cifras nos dan un indicio de la importancia de la formación de fonoaudiólogos capacitados para atender la demanda de estos pacientes ya mencionados, cabe resaltar que las enfermedades neurodegenerativas ocupan gran parte de esta población y los fonoaudiólogos forman parte del equipo

encargado en brindar la mayor calidad en servicio profesional para estos pacientes y de allí nace la necesidad de una formación completa para los fonoaudiólogos. (SENADIS, 2006)

Según los resultados de las encuestas a egresados más del 50% de los profesionales no se sienten preparados para evaluar, intervenir y diagnosticar trastornos de la deglución. Más del 70% no tuvo la oportunidad de observar una videofluoroscopia durante su proceso universitario y más del 50% no observó casos de fisura velopalatina durante su práctica universitaria.

Esta realidad descrita por los egresados del último quinquenio (2015-2019) ayuda a sustentar la necesidad de la creación de este proyecto de colaboración, el cual busca proporcionar herramientas e informaciones que ayuden a solventar las problemáticas evidenciadas por estos profesionales.

1.4 Objetivos

A continuación se detallará los objetivos del presente proyecto iniciando con la descripción del objetivo general, seguido de los objetivos específicos.

1.4.1 Objetivo general

Identificar las competencias en el área de deglución en los estudiantes de fonoaudiología que cursan actualmente el 6to y 8vo semestre sede Panamá.

1.4.2 Objetivos específicos

- Orientar a los estudiantes que cursan dichos niveles sobre los conocimientos en el área de deglución que resulten deficientes.

- Analizar la percepción de los participantes, en relación a los posibles factores durante su etapa universitaria, que puedan incidir en la adquisición de las competencias necesarias para su desempeño laboral actual o futuro.
- Describir la experiencia académica y laboral de los egresados del último quinquenio (2015-2019).
- Identificar las técnicas y tratamientos utilizados por los fonoaudiólogos egresados, para abordar en esta área de la fonoaudiología.
- Desarrollar una guía de auto consulta para estudiantes y profesionales de fonoaudiología sobre competencias básicas en el área de la deglución, basadas en evidencias científicas y el aporte de 4 videos instructivos del proceso de evaluación de la deglución en pacientes pediátricos y adultos.

1.5 Duración

El presente proyecto se iniciará en el mes de septiembre del 2020 y finalizará en el mes de abril del presente año. Podemos describir el seguimiento y actividades del proyecto en meses y semanas. Las primeras actividades serán el planteamiento y propuesta del problema, luego se realizará una búsqueda profunda en la literatura de estudios relacionados con evidencia científica y se recopila esta información. Posteriormente se creará un comité científico encargado de corregir, evaluar y hacer recomendaciones en la creación de encuestas para egresados del último quinquenio y estudiantes de los dos últimos años de la licenciatura de fonoaudiología, estas encuestas se harán con el objetivo de evaluar el conocimiento de los egresados y estudiantes en el área de deglución. Una vez que nuestra población haya respondido la encuesta se recopilarán los datos estadísticos y se analizarán para dar con los resultados de nuestras encuestas y poder interpretar estos datos en conclusiones. Por último se creará una guía clínica de alteraciones deglutorias.

1.6 Beneficiarios

La realización de este proyecto educativo es de suma importancia, ya que los beneficiarios provienen de muchas vertientes, así mismo de la importante contribución al crecimiento de la licenciatura en Fonoaudiología.

A continuación, se detallarán los grupos beneficiados por el proyecto:

- Directos: los estudiantes de VI semestre y VIII semestre, ya que, son quienes reciben la docencia de conocimientos generales y serán profesionales mejor preparados, los fonoaudiólogos egresados de la Licenciatura en Fonoaudiología de UDELAS de los años 2015 a 2019, pues tendrán a acceso a la guía de conocimientos generales.
- Indirectos: La Universidad Especializada de las Américas, pues se mejoraría la cátedra del área de deglución por ende la carrera en Fonoaudiología, los administrativos encargados de la carrera, los centros de práctica pues llegarán estudiantes con mayores conocimientos, futuros estudiantes de la carrera, y profesionales que quieran acceder a esta guía clínica, por último, los usuarios con patologías que alteren la deglución y sus familiares, pues tendremos mejores futuros profesionales.

1.7 Localización física

La Universidad Especializada de las Américas (UDELAS) edificio 850, Facultad de ciencias médicas y clínicas. Udelas es un instituto panameño de origen Estatal de educación superior, creada para ofrecer carreras actualizadas e innovadoras. Fundada en 1997, con el objetivo de moldear profesionales que ayuden a solventar las necesidades reales de los sectores productivos del país.

Ubicada en Corregimiento de Ancón, Albrook, Paseo Diógenes de la Rosa-Paseo de la Iguana, (antiguo Paseo Andrews), Ciudad de Panamá de la República de Panamá.

Marco de Localización.

Universidad Especializada de las Américas, edificio 850.
Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas.

Fuente: foto obtenida de Google Imágenes, Twitter: Clínica de Obesidad.



Micro localización



Fuente: Ubicación satelital de la Universidad Especializada de las Américas, edificio 850. Foto obtenida de Google Maps.

1.8 Marco institucional del proyecto

1.8.1 Universidad Especializada de las Américas.

Este proyecto está organizado íntegramente por los egresados del último quinquenio y los estudiantes de IV, VI y VIII semestre de la Licenciatura en Fonoaudiología de La Universidad Especializada de las Américas (UDELAS).

La misma es una institución de origen panameño de educación superior, específicamente de educación especial y ciencias de la salud, fundada hace aproximadamente 22 años (1997). Tiene como objetivo brindar enseñanza superior de calidad innovadora, transmitir conocimiento a sus estudiantes y formar profesionales que puedan ayudar a las necesidades del país.

Está conformada por 4 facultades: Facultad de Educación Social y Desarrollo Humano, Facultad de Educación Especial y Pedagogía, Facultad de Biociencias y Salud, y por último, Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas, la cual será el centro de nuestro proyecto, pues la Licenciatura en Fonoaudiología se imparte en esta facultad.

Udelas es un ente estatal que está conformada por 6 sedes: Ancón - Ciudad de Panamá, David - Chiriquí, Santiago - Veraguas, Ciudad de Colón - Colón, Penonomé - Coclé y Azuero - Los Santos.

Misión

La Universidad Especializada de las Américas es una Institución Oficial, de Educación Superior, con proyección social, innovadora en docencia, investigación, extensión y gestión; creada para formar profesionales competentes, emprendedores, con conocimiento científico y con calidad humana, comprometidos con el desarrollo del país.

Visión

Ser una Universidad de excelencia profesional y sentido social, y atención a la diversidad, con reconocimiento nacional e internacional; líder en la formación del recurso humano especializado y en la generación del conocimiento e innovaciones tecnológicas, con capacidad de intervenir proactivamente en la solución de los problemas sociales del país y la Región Latinoamericana.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Fundamentación teórica

Esta sección está conformada por los conceptos que fundamentan esta investigación.

2.1.1 Concepto de Deglución

Rodríguez (2018) Afirma que “la deglución implica la participación coordinada de áreas anatómicas que permiten conducir el alimento de forma eficaz desde la boca hasta el estómago. Así mismo como esta tiene tres fases la primera llamada fase oral, seguida por la fase faríngea y por último la fase esofágica”.

En cambio, la deglución es un proceso neuromuscular que se da de manera consciente y dura aproximadamente ante de 3 a 8 segundos e involucra los músculos encargados de la respiración, los músculos gastrointestinales, los músculos del rostro y 6 pares craneales (Marchesan, 2003).

Es un acto reflejo que implica la participación de varios grupos musculares de manera sincronizada con el objetivo de llevar el alimento de forma segura desde la cavidad oral hacia el estómago.

2.1.2 Fases de la deglución

La fase oral da inicio cuando el alimento es introducido en la cavidad oral triturado y en conjunto con la saliva se da origen a la formación al bolo alimenticio. De igual manera participan los labios, dientes, mandíbula y lengua. Todo esto en una correcta coordinación para que la formación del bolo sea la más correcta posible. Cabe resaltar que en esta fase intervienen un grupo de músculos que en conjunto con los órganos hace que esta fase se lleve a cabo. Uno de ellos es el orbicular de los labios que la función que ejerce es el sellar los labios para evitar derrame y escape de alimentos, a su vez el palatogloso ayuda a sellar la parte posterior y

esto es de beneficio, ya que evita que el alimento pase directamente sin ser triturado hacia la faringe.

Por otro lado la lengua es un órgano móvil que está compuesta por diecisiete músculos que a su vez se dividen en intrínsecos y extrínsecos, los primeros tienen la función de variar la forma de la lengua en cambio los extrínsecos se encargan de cambiar la posición de la lengua dentro de la boca. Está en conjunto con el buccinador (músculo que se ubica en las mejillas), hacen que el alimento sea triturado por los dientes.

En lo que respecta a la articulación temporomandibular (ATM) también interactúan los músculos masticatorios. El temporal, masetero y pterigoideo medial cierran la boca y el pterigoideo lateral es aquel que permite el movimiento hacia adelante y hacia abajo. Cuando este proceso está completo surge la formación del bolo alimenticio, este es ubicado en el surco de la lengua y es empujado contra el paladar duro, el bolo es empujado por la lengua y es llevado hasta el istmo de las fauces y allí es llevado hasta la faringe.

Cuando todo este proceso es completado entra en vigor la **fase faríngea** esta inicia cuando el velo del paladar contacta con la parte posterior y lateral de la faringe, con la ayuda de los músculos periestafilinos cierran la nasofaringe y a su vez el paso del bolo hacia la faringe y así no se devuelva el alimento hacia la nasofaringe. La pared de la faringe está formada por una pared circular externa y por una longitudinal interna. La capa circular externa se forma de los músculos constrictores faríngeos, la función de estos es reducir los diámetros anteroposterior y transversal de la faringe. En cambio, la longitudinal está formada por los músculos elevadores de la faringe. La contracción de los músculos infrahioides y el tiroideo generan un desplazamiento hacia adelante y hacia arriba. La epiglotis se cierra suavemente y el alimento pasa hacia el esófago.

Cuando el alimento pasa llega a la tercera fase que es llamada **fase esofágica**, el esófago tiene una función de llevar los alimentos hasta el estómago, está

conformado por varios esfínteres el primero es el esfínter esofágico superior (EES) y el segundo llamado esfínter esofágico inferior (EEI). El primero está formado por el músculo cricofaríngeo, por su parte el EEI se abre cuando la onda peristáltica desciende con el bolo para que pase por el esófago. (Rodríguez, Vaamonde, González, Quintana, & González, 2018)

2.1.3 Concepto de Deglución atípica

Deglución atípica: según Jiménez (2016) señala que la deglución atípica se ha dado debido a la succión que no es para alimentarse, es decir, chupetes, chuparse el dedo, entre otros. De igual forma, los biberones, la respiración bucal, enfermedades del sistema nervioso central y alteraciones en el individuo. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a su etiología". Existen 5 formas de deglución atípica:

- Deglución atípica por interposición lingual.
- Deglución con presión atípica de la lengua.
- Deglución con contracción comisural.
- Falta de maduración a nivel oro facial.
- Frenillo lingual y/o labial, respiración bucal y amígdalas hipertróficas inflamadas. (Jiménez, 2016).

2.1.4 Concepto de Disfagia

La disfagia según Baena & Molina (2016) es un trastorno que afecta el proceso en el cual tragamos o ingerimos los alimentos, ya sean sólidos, semisólidos y/o líquidos. Y esto se debe a una deficiencia en una de las fases de la deglución, también se puede considerar la sensación de obstaculización del pasaje de los alimentos.

Existen tipos de disfagia a continuación le detallaremos dos de ellos:

Disfagia Orofaringea: La disfagia orofaringea hace referencia a la alteración en el proceso deglutorio o imposibilidad de transportar el bolo alimenticio de la boca a la entrada del esófago, es orofaringea cuando se ve alterada en la segunda fase deglutoria, es decir, cuando la disfagia es en el área oral o faríngea. El alimento queda atascado en la garganta o tráquea. También podemos decir que estamos ante una disfagia orofaringea cuando el paciente tiene la dificultad para tragar o se le atasca el alimento en la base de la garganta y se ahogue, tengas arcadas, tenga que toser o carraspear para que la misma se limpie. Igualmente, puede sentir que los líquidos bajan por la tráquea y suben por la nariz, esto puede provocar neumonía.

Disfagia Esofágica: En la disfagia esofágica el proceso deglutorio o imposibilidad de tragar se ve alterado en la tercera fase de la deglución, es decir, en el esófago. El bolo puede llegar al esófago pero habrá dificultad para que este llegue al estómago. El paciente tendrá sensación de alimentos atascados en el pecho o tórax. De igual forma, el usuario puede sentir que los alimentos se quedan atascados en la base de la garganta o pecho.

Cuadro N°1: Clasificación de las Disfagias

Disfagia Orofaringea	Disfagia Esofágica
<p>Entre las causas tenemos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neuromuscular <ul style="list-style-type: none"> ○ ACV ○ Enfermedad de Parkinson ○ Esclerosis múltiple ○ Esclerosis lateral amiotrófica ○ Poliomielitis 2. Obstrucción mecánica <ul style="list-style-type: none"> ○ Divertículo de Zenker ○ Absceso retrofaríngeo 	<p>Entre las causas existen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obstrucción mecánica <ul style="list-style-type: none"> ○ Membrana y anillos ○ Neoplasias ○ Divertículos ○ Arteria subclavia aberrante (disfagia lusoria) ○ Aorta aumentada de tamaño (disfagia aórtica) 2. Trastornos de la motilidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Acalasia

<ul style="list-style-type: none"> ○ Osteofito cervical <p>3. Trastornos del músculo esquelético</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Polimiositis ○ Miastenia Gravis ○ Distrofia muscular <p>4. Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Depresión ○ Síndrome de Sjögren ○ Fármacos ○ Radiación 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trastorno espástico ○ Esclerodermia ○ Enfermedad de Chagas <p>3. Otras</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes ○ Alcoholismo ○ Reflujo gastroesofágico.
--	--

Fuente: (Strada, 2016)

2.1.5 Patologías en las que se ve alterada la deglución

A. Enfermedades neurodegenerativas

- **Esclerosis múltiple (ELA):** la esclerosis múltiple es una enfermedad crónica del sistema nervioso central en la que se ve afectada la mielina, es decir, la capa protectora que recubre las fibras nerviosas debido al sistema inmunitario. Por ende, habrá dificultad al momento de llevar la información del cerebro al resto del cuerpo. Esto causará daño cerebral progresivo. (Nava, Noviembre, 2009).

La causa de esta enfermedad se desconoce, sin embargo, hay numerosas teorías que buscan dar con la razón de la aparición de esclerosis múltiple, se cree que se debe a varios factores. La hipótesis más aceptada determina que se debe a una tendencia hereditaria y un factor ambiental desconocido que probablemente aparecerá antes de los 15-16 años. Se cree que se debe a un virus antigénico que aparece en edad temprana y el mismo cuerpo provocará anticuerpos contra su propia mielina y esto provocará la desmielinización con el paso del tiempo.

Signos y síntomas de la esclerosis múltiple: los principales síntomas que se dan con esta enfermedad son: dolor, fatiga, convulsiones, alteraciones motoras o atrofia muscular, debido a la afectación de las motoneuronas, alteraciones

sensitivas, alteraciones cerebelosas, de tronco cerebral, de control de esfínteres, como necesidad de orinar muy frecuente o incontinencia, problemas intestinales, como estreñimiento, trastornos cognitivos y emocionales, problemas con la memoria reciente o de corto plazo, concentración, discernimiento y razonamiento, alteraciones visuales que se dan como visión doble o borrosa, movimientos oculares involuntarios, incluso, en ocasiones pérdida total de la visión. Hay diferentes síntomas relacionados a la EM como el cansancio, dificultad al hablar, dificultad en la articulación, habla lenta, cambios en el ritmo del habla, debilidad en los miembros o extremidades, vértigo o falta de equilibrio, temblores sensación de hormigueo, dificultad para andar o coordinar los movimientos, rigidez muscular, espasmos, de igual forma se verá afectada la sexualidad y/o intimidad.

Tipos de esclerosis múltiple: a pesar de que la mayoría de los pacientes experimentan de diferentes formas esta enfermedad, actualmente existen 5 fenotipos. Sin tomar en cuenta el Síndrome Clínico Aislado (SCA), que es el primer estadio o síntoma indicador de que estamos ante una Esclerosis Múltiple, este es el primer evento neurológico que se da con una lesión en la sustancia blanca, que puede recuperarse parcial o totalmente.

Los tipos son:

- **Esclerosis Múltiple Remitente-Recidivante (EMRR):** es la más común diagnosticada. Inicia con brotes o episodios neurológicos que puede recuperarse parcial o totalmente, puede dejar secuelas.
- **Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva (EMSP):** con el paso de los años empeoran los brotes o secuelas neurológicas

Formas progresivas, estos son los tipos que se da con un aumento continuo, no obstante, puede tener periodos estables:

- **Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva (ESPP):** usualmente se diagnostica en edades avanzadas y se irá desarrollando de forma progresiva, la aparición de los síntomas podría ser invalidante y puede que los usuarios no respondan a los tratamientos. Los pacientes pueden presentar periodos de estabilidad y ocasionalmente mejoras.
- **Esclerosis Múltiple Progresiva Recurrente (EMPR):** se agrava de forma progresiva e implica un mayor grado de discapacidad.
- **Esclerosis Múltiple Forma Benigna (EMFB):** este fenotipo permite que el paciente pueda preservar capacidad funcional en el sistema neurológico, sin embargo, puede derivar a otros tipos de EM.

¿Cómo se ve afectada la deglución? Esta función se ve afectada en la EM debido a que en esta enfermedad el sistema nervioso central y la mielina se ven deterioradas y como efecto el tronco encefálico que regula la deglución no puede llevar a cabo la actividad. Puede iniciar con síntomas como: tos o atragantamiento, sensación de restos de comida atorados, pulmones afectados por desvío de los alimentos y líquidos a la vía aérea, malnutrición o deshidratación, pues la comida no llega al estómago en ocasiones.

Enfermedad de Parkinson: es una enfermedad neurodegenerativa que afecta el sistema nervioso central en el área que se encarga de la coordinación, tono muscular y movimiento. El doctor James Parkinson en su trabajo médico conocido como “An Essay on the Shaking Palsy” (Ensayo sobre la Parálisis Agitante), de 1817 describió lo que hoy conocemos como Parkinson llamándolo parálisis agitante. Fue la primera persona en describir la condición que hoy se considera una enfermedad y lleva su nombre (Vásquez, 2004). La causa de esta enfermedad es la muerte o descomposición de células nerviosas o neuronas dopaminérgicas,

es decir, las neuronas que producen dopamina. Lo que conlleva a una alteración en la actividad cerebral y la cadena neuronal y esto produce los síntomas del Parkinson.

Las causas de la enfermedad del Parkinson no son certeras, sin embargo, algunos factores pueden hacer que una persona sea más vulnerable a padecer. Entre ellos están los factores genéticos, ambientales y microbianos:

- **Factores genéticos:** se han identificado mutaciones genéticas que pueden ocasionar la EP, no obstante, son poco comunes. Hay estudios en familias y gemelos que han dado con genes causales o que incrementan el riesgo de padecer Parkinson, algunos de estos son: gen PARK8, localizado el cromosoma 12, el SNCA, en el cromosoma 4, mutaciones en los genes del cromosoma 6, que codifican la proteína PRKN son los más comunes y observados. (Chávez-León, Ontiveros, & Carrillo-Ruiz, 2013)
- **Factores ambientales:** exposición o interacción a agentes tóxicos, se han realizado estudios en países industrializados y se ha concluido que hay mayor prevalencia en personas que trabajan en industrias agroquímicas y metaleras, esto quiere decir que hay una gran correlación entre la enfermedad del Parkinson y la exposición a metales y pesticidas.
- **Factores microbianos:** hay estudios recientes que indican correlación entre la EP y tóxicas provenientes de ciertos parásitos, entre ellos, está la ingesta de cianobacterias y microbios en la micro flora intestinal. (Hurtado, Cárdenas, Cárdenas, & León, 2016).

Algunos factores de riesgo de la EP son:

- La edad: es importante destacar que se da en edades más avanzadas pocas veces en jóvenes y los riesgos son mayores con la edad. Usualmente se da en pacientes de 60 años en adelante.

- Predisposición genética: el hecho de tener un familiar con la enfermedad de Parkinson incrementa las probabilidades de desarrollarla, sin embargo, el riesgo no es tan alto.
- Sexo en el sexo masculino hay mayor predisposición que en las mujeres de desarrollar esta enfermedad.
- Exposición a toxinas: la exposición a pesticidas y herbicidas.

Signos y síntomas de la Enfermedad de Parkinson: como en cualquier enfermedad pueden variar en cada paciente, sin embargo, los signos y síntomas más comunes son las alteraciones motoras, que al principio se dan de un solo lado del cuerpo y posteriormente en el lado contrario. Estos síntomas son:

- Temblores: aquellos movimientos involuntarios son el síntoma más común de esta enfermedad. Esto inicia en las extremidades como dedos y manos o en extremidades inferiores. Puede afectar músculos como lengua y mandíbula, pero pocas veces tronco y cuello.
- Rigidez muscular: esto puede causar dolor y limita el movimiento.
- Aumento del tono muscular.
- Disminución de la distensión durante la movilización pasiva.
- Resistencia a la extensión y facilidad para la flexión.
- Acinesia: es la pérdida o falta de movimiento y se puede dar de 3 formas:
 1. Hipocinesia: es la disminución de la velocidad de movimientos voluntarios y limitación de su extensión.
 2. Bradicinesia: es el movimiento lento y eso termina en la desaparición del movimiento, esto incluye dificultad para realizar tareas que solían ser fáciles antes.
 3. Marcha parkinsoniana: es cuando se tiende a flexionar y hay dificultad en la marcha.
- Alteración en la postura y el equilibrio.
- Pérdida de movimientos automáticos.
- Cambios en el habla y escritura.

- Y por último, disfagia por alteraciones en la musculatura temporomandibular.

Tipos de Enfermedad de Parkinson: según (Chaná, 2010) podemos clasificar los tipos de temblores en 3 tipos:

- Tipo I: es el que se da durante el reposo y postural con la misma frecuencia.
- Tipo II: es el temblor de reposo y postural/cinético.
- Tipo III: por último, el tipo III es temblor postural/cinético y temblor de reposo mono sintomático.

¿Cómo se ve afectada la deglución? Debido a que el Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa esto trae consigo alteraciones motoras y entre ellas la disfagia. Según (Mamolar, Santamarina, Granda, Fernández, Rodríguez, & Álvarez, 2017) lo que más afectado se ve es la eficacia y la seguridad al deglutir, esto provoca alteraciones respiratorias, desnutrición, deshidratación y neumonías por aspiración.

Demencia: según “Alzheimer’s Association” la demencia es el deterioro de la capacidad mental. No es una enfermedad en sí, sin embargo afecta la vida cotidiana del paciente. Son todos los síntomas que engloban el deterioro o pérdida de la memoria y ciertas habilidades del pensamiento. Según (Custodio, Montesinos, & Alarcón, 2018) el significado etimológico de “demencia” está compuesto por “de” que es ausencia, “men” que hace referencia a mente y “ia” que significa condición o estado, por lo que podemos decir que demencia es una enfermedad en la que se afecta la mente.

La causa de esta enfermedad se da debido a la pérdida o el daño de células nerviosas o conexiones nerviosas, igualmente puede ocurrir en pacientes con enfermedades del neurológicas, como en el Alzheimer, Parkinson, lesión cerebral, enfermedad de Jakob-Creutzfeldt, parálisis supranuclear progresiva, Síndrome de

Gerstmann-Straussier-Scheinker, Esclerosis múltiple, enfermedad de Huntington, entre otros.

Signos y síntomas de la Demencia: en general, en la demencia se ve afectada la parte cognitiva. Los principales signos y síntomas son la pérdida total o parcial de la memoria de corto plazo, cambios en la personalidad o conducta, psicosis, alucinaciones, ideas delirantes o paranoia, se dificulta el aprendizaje, y retención de información, agnosia, apraxia, afasia, en ocasiones convulsiones, cambios en los horarios de sueño. En pacientes con demencia grave se ve una dificultad en actividades de la vida diaria, como caminar y tragar.

Tipos de demencia: los más conocidos son:

- Enfermedad de Parkinson.
- Demencia vascular.
- Demencia por cuerpo de Lewy.
- Demencia frontotemporal.
- Demencia asociada al HIV.

Factores de riesgo:

- Edad: es más probable desarrollar Parkinson en la etapa de la vejez, aproximadamente después de los 65 años, sin embargo, los jóvenes no están absentes a padecerla.
- Antecedentes familiares: tener demencia en la familia es un factor de mayor riesgo para desarrollar demencia, sin embargo, hay casos de usuarios con familiares y no la presentamos, y otros que no tienen familiares con demencia y desarrollan la enfermedad.
- Síndrome de Down: es común desarrollar demencia en las personas con Síndrome de Down a edades más tempranas, aproximadamente a los 40 años, esto se debe a un factor genético del cromosoma 21, pues este

cromosoma incluye el gen APP, quién es el causante de enfermedades neurodegenerativas.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: en la demencia se puede desarrollar disfagia en etapas avanzadas, incluso esto podría ser señal de demencia en fase terminal. Esto se debe a que al ser una enfermedad neurodegenerativa afecta la parte neuromuscular y durante la deglución participan más de 50 pares de músculos. Por otro lado, es una actividad que se da debido al movimiento de estos músculos que solo se da si el tronco del encéfalo recibe la información cortical y sensorial periférica.

Incluye alteraciones en la eficacia, lo que provocará desnutrición y deshidratación. Por otro lado, alteraciones en la seguridad al deglutir, provocando atragantamiento, aspiraciones y neumonía. Algunos signos de disfagia que nos ayudarán en sospecha serán: más tiempo al comer, tos, atragantamiento al ingerir líquidos, cambios en la voz, perder peso, infecciones, entre otros.

Es importante destacar que no en todos los usuarios la demencia avanza de la misma manera, por ende, no todos desarrollarán disfagia.

Alzheimer: Según Oviedo la enfermedad neurodegenerativa conocida como Alzheimer es el tipo de demencia más común y conocido actualmente, afecta la memoria, pensamiento, comportamiento y funcionalidad del ser humano que la padece. El Alzheimer es un deterioro cognitivo en general, el síntoma más común es la pérdida de la memoria, por ende conlleva la alteración de otras habilidades mentales y suele desarrollarse entre los 60 años en adelante. Además de la memoria, pensamiento, comportamiento y funcionalidad, afecta el lenguaje (hablar, leer y escribir). Con el empeoramiento de la enfermedad los pacientes llegan a no reconocer a sus familiares, desarrollar ansiedad, volverse agresivos y querer alejarse de casa. Esta enfermedad no se puede detener, si bien, hay muchos fármacos que ayudan con el control o empeoramiento de los síntomas.

Las causas exactas no se saben, sin embargo, se sabe que son alteraciones en la parte proteica del cerebro e interrupción en las células cerebrales. Se podría decir que se da porque se reduce la producción de acetilcolina que es un neurotransmisor en el cerebro, lo que conduce a una disminución en el funcionamiento del circuito colinérgico del SNC. Muchos científicos piensan que se da por el conjunto de factores de riesgo, como los genéticos, ambientales y el estilo de vida que lleve la persona.

Signos y síntomas del Alzheimer: en primer lugar el principal síntoma y más notorio es la pérdida de la memoria reciente o de corto plazo. Al igual que en otras patologías con el paso del tiempo se van deteriorando otros aspectos neurológicos, lo que hace difícil realizar actividades sencillas y habituales.

- Pérdida de memoria: Se manifiesta como dificultad para recordar acontecimientos y diálogos realizados en un tiempo cercano. Por ejemplo: olvidar alguna conversación importante, el nombre de alguien, donde colocamos algún objeto, perderse en lugares conocidos, dificultad para recordar palabras, expresar pensamiento, entre otros. Inicia con la pérdida de la memoria de corto plazo y posteriormente afecta la memoria a largo plazo, olvidando miembros de la familia e incluso cosas personales.
- Pensamiento y razonamiento: esta enfermedad altera la capacidad de razonar y condiciona el pensamiento, lo que va a dificultar la utilización de números o expresiones matemáticas.
- Cambios en la personalidad y conducta: el paciente tendrá cambios repentinos en su carácter, se puede volver irritable o agresivo, se puede decaer, estará en constante confusión y desorientación, se volverá apático, desconfiados, cambios en los horarios de sueño, delirios, pérdida de inhibición, entre otros.
- Afasia: la afasia es un trastorno o alteración del lenguaje que se produce por lesión cerebral que afectará el lenguaje expresivo o comprensivo, la lectura y la escritura.

- Apraxia: según (Huang, 2019) la apraxia es una dificultad en la realización de las destrezas motrices consecuencia de lesión cerebral.
- Inteligencia espacial: se verá afectada la orientación, aún hasta en lugares ya conocidos.

Tipos de Alzheimer: por tiempo de aparición se puede decir que hay dos tipos de Alzheimer:

- **Alzheimer de aparición tardía:** es la más usual y es la que se desarrolla luego de los 60 años, tiende a heredarse, no se da por genes.
- **Alzheimer de aparición temprana:** este es aquel que se desarrolla antes de los 60 años. Es el menos conocido y usualmente empeora más rápido, al igual que la tardía puede heredarse y se han identificados múltiples genes.

Factores de riesgo: entre los factores de riesgo más relevantes de este padecimiento y con gran evidencia está la exposición a pesticidas, el colesterol, la hipertensión arterial, hiperhomocisteinemia, el abuso de tabaco, los traumatismos craneoencefálicos. Por otro lado, con evidencia más débil está la exposición a aluminio, campos electromagnéticos, obesidad, hiperinsulinemia, diabetes, alcohol, anemia crónica, entre otros. (Campdelacreu, 2014).

¿Cómo se ve afectada la deglución?: según (Baena González & Guillermo, 2016) el 84% de las personas con Alzheimer desarrollan alteraciones deglutorias. Se caracteriza por aspiración de alimentos que pueden ser silentes por lo cual se hace más peligroso, y hay riesgos de deshidratación y desnutrición severa. Se le conoce como disfagia neurógena y se relaciona con una baja en calorías y proteínas,

Lesiones neurológicas

Accidente cerebro vascular (ACV): es una lesión neurodegenerativa que se da cuando el flujo o suministro de sangre se detiene, interrumpe o reduce. Lo que impide que llegue el oxígeno y nutrientes al cerebro por unos segundos y esto puede ocasionar que las células cerebrales mueran en cuestión de minutos. (MayoClinic, Feb. 07,2020).

Hay dos factores que pueden causar un ACV: en primer lugar está el accidente cerebrovascular isquémico, que cuando un sanguíneo es bloqueado por un coágulo o taponado por una sustancia llamada placa. Y puede ocurrir un accidente cerebrovascular hemorrágico, que ocurre cuando ese vaso o arteria se filtra o se rompe.

Signos y síntomas ACV: hay que prestar atención a los signos y síntomas para identificar cuándo estamos ante un ACV. Los signos y síntomas más comunes son:

- Dificultad en el lenguaje oral o comprensivo.
- Parálisis, debilidad o entumecimiento del rostro, brazo o pierna.
- Problemas para ver.
- Dolor de cabeza.
- Dificultad para caminar.

Tipos de ACV:

- Accidente cerebrovascular isquémico: es el más común, es el bloqueo de los vasos sanguíneos y hay dos tipos de ACV isquémico:
 - Accidente cerebrovascular trombótico: se forma un coágulo en una arteria muy estrecha.
 - Accidente cerebrovascular embólico: el coágulo se desprende y se traslada al cerebro, se le conoce como embolia cerebral.

- Accidente cerebrovascular hemorrágico: se da cuando un vaso sanguíneo se rompe o llega a gotear.
- Accidente isquémico transitorio: es lo que podríamos llamar un mini accidente cerebrovascular. Se da como un período temporal de síntomas similares al ACV.

Factores de riesgo:

- Frecuencia cardíaca irregular.
- Presión arterial.
- Colesterol alto.
- Diabetes u obesidad.
- Ser hombre.
- Aumento de edad, posterior a los 55 años.
- Origen étnico (las personas de raza negra son más propensas).
- Apnea del sueño.
- Alguna enfermedad cardiovascular.
- Antecedentes de ACV en la familia, ataques cardíacos o accidente isquémico transitorio.
- Malos hábitos o mal estilo de vida, como alcohol, drogas, cigarrillos o exposición a humo, malos hábitos alimenticios y falta de ejercicio.
- Las mujeres tienen riesgo durante el embarazo y toman terapia de reemplazo hormonal.
- Infección por COVID-19.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: Se da con neumonía aspirativa, deshidratación y desnutrición. Al ser una enfermedad que afecta el SNC altera los nervios, la unión neuromuscular o los mismos músculos que producen la deglución.

Traumatismos craneoencefálicos (TCE): Según el Dr. Chuchuca podemos decir que traumatismo craneoencefálico es una lesión que se da de forma física o como deterioro del contenido relacionado al cráneo, debido a un intercambio brusco de energía mecánica. Esto incluye causas como una conmoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro o del tronco del encéfalo hasta el nivel de la primera vértebra cervical.

Es una lesión craneoencefálica que usualmente se da por golpes, impactos, sacudidas, caídas, choques, explosiones, o algo que penetre el cráneo y no permita su funcionamiento regular. Los casos más comunes o conocidos son los siguientes:

- Caídas.
- Accidentes automovilísticos.
- Casos de violencia.
- Lesiones relacionadas al deporte.
- Explosiones.

Signos y síntomas de los traumatismos cráneo encefálico: los signos y síntomas pueden variar dependiendo del grado de la lesión y los podemos dividir como físicos, sensoriales y cognitivos:

Signos y síntomas físicos:

- Pérdida de conocimiento momentánea.
- Aturdimiento, confusión o desorientación.
- Cefalea o dolor de cabeza.
- Náuseas y vómitos.
- Fatiga o somnolencia.
- Dificultades en el habla.

- Alteraciones en los horarios del sueño.
- Mareo o trastornos asociados al vértigo.
- Disfagia.

Signos y síntomas sensoriales

- La vista: visión borrosa y sensibilidad a la luz.
- El oído o audición: se presentan zumbidos y sensibilidad a sonidos.
- Lengua o gusto: provoca sabores desagradables en la boca.
- Olfato: cambios en el sentido del olfato.

Signos y síntomas cognitivos:

- Alteraciones en la memoria.
- Dificultades para la concentración.
- Alteraciones en el lenguaje.
- Cambios en el comportamiento.

Tipos: Los tipos de traumatismos craneoencefálicos:

- Hematoma subdural agudo.
- Hematoma subdural crónico.
- Fractura de la base del cráneo.
- Contusión cerebral.
- Conmoción.
- Daño axonal difuso.
- Hematoma epidural.
- Hemorragia subaracnoidea.

Factores de riesgo: es importante destacar que un traumatismo craneoencefálico puede ocurrir a cualquier edad y en cualquier situación, sin embargo, hay casos en los que se puede tener mayor riesgo como:

- Niños, entre el nacimiento y los 4 años de edad.
- Adultos mayores de 60 años de edad.
- Personas entre 15 a 24 años.
- Hombres.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: es de conocimiento general que el proceso deglutorio se puede ver afectado en los traumatismos craneoencefálicos, pues al ser lesiones en la corteza o tronco cerebral se ve comprometida la deglución y más si se trata de lesiones en el rostro, cuello o tórax. Se ven alterados el selle labial, la movilidad de la lengua, los reflejos orales y deglutorios, se da acumulación del bolo alimenticio, disminución en el cierre velofaríngeo, alteración en el cierre de la vía aérea, paresia o parálisis faríngea y disminución cricofaríngea. (Villarreal Salcedo, Bascuña Ambrós, & García, 2009).

Parálisis cerebral: La parálisis cerebral es una lesión que ocurre en edades tempranas del ser humano, es decir, desde el comienzo de la vida hasta los 3-4 años que es cuando el SN se termina de desarrollar. Se da cuando áreas del cerebro que controlan movimiento y postura no llegan a desarrollarse de manera adecuada o se lesionan. Son un grupo de trastornos que afectan a la persona en capacidad de movimiento, equilibrio y postura. Puede estar ligado a otras afecciones médicas como: convulsiones o discapacidad mental. Algunos nacen con parálisis cerebral, otros la adquieren después del nacimiento.

Una parálisis cerebral se puede dar por distintos factores, sin embargo, todas son causadas por interrupciones en el desarrollo cerebral. Las causas pueden ser:

- Mutaciones genéticas.
- Infecciones maternas.
- Accidente cerebrovascular fetal.
- Sangrado dentro del cerebro.
- Infecciones infantiles.

- Lesión traumática en la cabeza.
- Falta de oxígeno.

Según un estudio de (Campos, Bancalari, & Castañeda) que realizaron con 102 casos, las razones más comunes eran por causas perinatales en un 70% y causas prenatales un 57.5%, por último, las causas postnatales se dieron en un 13.7%. Por otro lado, en 7 pacientes se establecieron múltiples causas.

Signos y síntomas: al igual que en muchas enfermedades, en la parálisis cerebral los signos y síntomas van a variar dependiendo de cada paciente, sin embargo, los síntomas más comunes son los siguientes:

- Ataxia, incoordinación muscular o falta de control en los movimientos.
- Falta de fuerza en brazos y piernas

Tipos: los 4 tipos de parálisis cerebral conocidos son:

- PC espástica.
- PC discinética (distónica o atetósica).
- PC atáxica.
- PC hipotónica.

Factores de riesgo: Estos son los factores más comunes que pueden aumentar las posibilidades de presentar una parálisis cerebral son:

- Los bebés que nacen bajo peso y los prematuros tienen alto riesgo de padecer una parálisis cerebral y otras patologías.
- En los casos de partos múltiples, ya sea, de gemelos, trillizos u otros hay riesgo de PC y más en casos en los que muere uno.
- En tratamientos para concebir bebés.
- En infecciones en la etapa del embarazo.
- En casos de afecciones por parte de la madre, como tiroidismo, discapacidad cognitiva, convulsiones, entre otras.

- En la ictericia (coloración amarilla en la piel por bilirrubina alta) y en el kernicterus (afección o complicación que se pueda dar si la ictericia no se trata en el debido tiempo)
- Problemas durante el parto, puede ser el útero desprendido, problemas para que el oxígeno llegue al bebé, entre otros.
- Que la madre tenga fiebre.
- Exposición a químicos.
- No colocar las vacunas necesarias.
- Lesiones en los bebés.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: la PC está asociada a la disfagia orofaríngea y esta desarrolla otras complicaciones como aspiraciones, obstrucciones, infecciones y neumonía. Estos pacientes tienden a tener obstrucciones en los bronquios, infecciones en los pulmones y neumonías aspirativas. Estas complicaciones pueden provocar hospitalizaciones e incluso la muerte. Esto se puede observar cuando el paciente presente signos como tos, respiración con ruidos, obstrucción del sueño, humedad al momento de emitir sonidos, falta de oxígeno y ahogamientos al momento de tragar,

Miastenia gravis: esta enfermedad crónica de siglas MG se da en pacientes de todas las edades y afecta el sistema inmunológico y la musculatura del cuerpo, especialmente los músculos de los pares craneales. Esta enfermedad inicia con trastornos oculares y con el paciente sintiéndose débil y perdiendo fuerzas y se debe a una disminución en las defensas del sistema inmune (G.a.Suarez, Nov, 2015).

Esta enfermedad es causada por una baja o destrucción en el número de receptores de una sustancia llamada acetilcolina que está en el SNC y hace de mensajera en el sistema neuromuscular, por ello se ven afectados varios mecanismos.

Signos y síntomas: como antes mencionamos esta enfermedad se caracteriza por una debilidad en la musculatura y agotamiento o cansancio del cuerpo y/o agotamiento mental. Daño en los músculos de la cara, garganta, cuello y extremidades. Al afectar la musculatura, tienen dificultades al momento de hablar/articular, masticar, tragar, respirar, cambios en las expresiones faciales, utilizar brazos y piernas, control del cuello, entre otras. En cuanto a la parte ocular, tiene caída de los párpados y visión doble.

Tipos: hay dos tipos de Miastenia Gravis conocidos:

- **Miastenia Sistémica:** que da a las personas de la tercera edad, causando mucho cansancio y debilidad y síntomas afectando la visión.
- **Miastenia Ocular:** este tipo de MG es el más común, siendo el 60% de las miastenias y afectando la visión en el 90% de los casos. Entre los síntomas oculares está: la caída de párpados, visión doble, nistagmo, es decir, movimientos involuntarios, que pueden ser de lados a lado o de arriba hacia abajo, circular o todos.

Factores de riesgo: Estos son factores que pueden incidir en desarrollar esta enfermedad o agravar su estado:

- Fatiga.
- Otras enfermedades.
- Mucho estrés.
- Uso de ciertos medicamentos.
- Embarazos.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: Aproximadamente el 15% de los pacientes con Miastenia Gravis presentan disfagia y esto es debido a las afecciones musculares lo que provoca un daño en la musculatura orofaríngea impidiendo que el paciente pueda tragar. La disfagia puede ser tanto leve como severa, lo que puede causar que el paciente no pueda alimentarse vía oral y trayendo consigo síntomas como desnutrición o deshidratación. Estos pacientes

también tienen riesgo de regurgitación nasal y de aspirar, por lo cual, en ciertos casos necesitarán soporte respiratorio y nutricional como sondas.

Miopatías: Las miopatías inflamatorias son un conjunto de enfermedades que afectan el sistema inmune y musculatura del cuerpo. Las mismas se caracterizan por un resultado inflamatorio que tras pasar tiempo dañará o debilitará el sistema muscular (Nava, noviembre, 2009).

Estas enfermedades son debido a trastornos genéticos en los cromosomas, no obstante, la causa va a depender de qué tipo de miopatía estamos enfrentando. En cuanto a las miopatías endocrinas se produce por exceso o deficiencia de hormonas (miopatía esteroidea: por exceso de esteroides). En las miopatías tóxicas, se dan por exposición a químicos o fármacos. Y por último, en las miopatías inflamatorias son enfermedades autoinmunes que dañan los músculos y producen inflamación.

Signos y síntomas: Los síntomas van a depender del tipo de Miopatía, sin embargo, entre los síntomas generales tenemos:

- Debilitamiento y pérdida del tono muscular.
- Poca fuerza.
- Afecciones motoras.
- Contracciones musculares
- Debilidad facial y caída de los párpados.

Tipos: Existen múltiples tipos de miopatías y estas pueden adquirirse o ser hereditarias. Las más comunes son:

- Miopatías de cuerpos centrales.
- Miopatía centro nuclear.
- Miopatía congénita por desproporción del tipo de fibra.
- Miopatía nemalínica.
- Miopatía multimininuclear.

- Miopatía miotubular.
- Miopatías hereditarias del cuerpo de inclusión.
- Distrofia muscular facioescapulohumeral.
- Miopatías mitocondriales.
- Distrofias o síndromes miotónicos.
- Miopatía de Duchenne.
- Miopatía de Becker.

Factores de riesgo: entre los factores de riesgo tenemos trastornos que afecten el sistema inmunológico, trastornos del sistema endocrino, infecciones, exposición a toxinas, falta de vitamina D, A o E, trastornos metabólicos, entre otros.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: los pacientes al presentar debilidad muscular tendrán debilidad en la musculatura del esófago y pueden desarrollar disfagia, regurgitación nasal, aspiración y neumonía.

B. Síndromes

Síndrome de Down: El Síndrome de Down es una afección de tipo genética que se da por el hecho de nacer con un cromosoma de más o extra en el cromosoma 21, a esta alteración se le conoce como trisomía y en el caso de Síndrome de Down al ser en el cromosoma 21, su término médico es trisomía 21 (Ramírez, Agosto, 2019).

El síndrome de Down se da debido a una anomalía o alteración genética en la que el cromosoma 21 produce una copia que puede ser total o parcial y esto provoca cambios en las características físicas y cognitivas del individuo. Esto se da por un fallo durante la formación del óvulo o espermatozoide.

Signos y síntomas: los signos y síntomas los dividiremos en 3 partes, síntomas físicos, síntomas intelectuales y de desarrollo, y por último, enfermedades o trastornos asociados:

Síntomas físicos:

- Poco tono muscular.
- Rostro aplanado.
- Nariz aplanada.
- Ojos hacia arriba.
- Cabeza pequeña.
- Manchas blancas en el ojo.
- Cabeza, orejas y boca pequeñas.
- Dedos cortos, manos y pies pequeños.
- Flexibilidad excesiva.
- Baja estatura.
- Cuello corto y exceso de piel en la nuca.

Síntomas intelectuales y de desarrollo:

- Dificultad para prestar atención.
- Retraso del desarrollo de lenguaje y habla.
- Dificultad en la toma de decisiones.
- Lento aprendizaje.
- Deterioro cognitivo de leve a moderado.
- Dificultad en la memoria de corto y largo plazo.
- Comportamiento impulsivo.

Enfermedades o trastornos asociados:

- Autismo.
- Enfermedades hormonales.
- Enfermedades glandulares.

- Problemas auditivos.
- Problemas visuales.
- Trastornos cardíacos.
- Alteraciones deglutorias.

Tipos: hay 3 tipos de trisomía 21 conocidos:

- La trisomía 21 completa: se da por un fallo en el óvulo o en el espermatozoide en el cual uno de los dos produce un cromosoma extra, por lo tanto cuando se unan las células resultantes tendrán tres copias del mismo cromosoma 21.
- La trisomía 21 mosaico: las células no son iguales y la mayoría de las células tienen un cromosoma extra; sin embargo, algunas no lo tienen. Se da por un fallo en la división celular.
- La trisomía 21 por translocación: las células sólo tienen una parte de la copia extra del cromosoma 21 y esta parte extra se adhiere a otro cromosoma.

Factores de riesgo: entre los factores de riesgo tenemos de algunos padres de tener un bebé con síndrome de Down:

- Edad avanzada de la madre.
- Tener un hijo con síndrome de Down.
- Ser portadores de translocación genética de síndrome de Down.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: Entre las características de la deglución en personas con Síndrome de Down tenemos que estos pacientes presentarán hipotonía con probabilidades de apertura bucal y protrusión lingual, alteraciones en los órganos orofaciales, cavidad oral estrecha, aparición tardía de los dientes, maloclusión dental, forma ojival en el paladar duro, lengua de gran tamaño e hipotónica, algunos casos presentan macroglosia y frenillo sublingual, el 90% de los casos presentan enfermedad periodontal, hipotonía labial y poco cierre labial,

hipotonía orofaríngea lo que dificulta la deglución. (Quezada, Sierra, & Ursic, 2012)

Síndrome de Sjögren: El síndrome de Sjögren es una enfermedad de tipo crónica que afecta el sistema inmune y se caracteriza por daño a nivel de las glándulas exocrinas, afectando ojos y boca. El SS puede ser primario o secundario y suele estar ligado a otras enfermedades como artritis o lupus (Diez, Abril-Junio, 2010).

Esta enfermedad es causada por un error en el sistema inmune en el cual las células inmunitarias en vez de proteger atacan las células sanas de las glándulas que producen las lágrimas y la saliva. Científicos creen que se da por genética, factores ambientales o debido a infecciones por virus o bacterias.

Signos y síntomas: los principales síntomas serán las afecciones de las glándulas que producen las lágrimas y saliva, por ende, el paciente tendrá boca seca y ojos secos, lo que producirá dificultad para tragar y masticar, y ardor, picazón en los ojos, visión borrosa y molestia a la luz.

El síndrome de Sjögren puede afectar otras partes como:

- Dolor en las articulaciones o músculos.
- Erupciones en la piel de las manos y pies.
- Sequedad vaginal.
- Fatiga.
- Tos.
- Entumecimiento u hormigueo en manos y pies..
- Piel seca

Tipos: hay 2 tipos de este síndrome, primario y secundario:

- Primario: se da solo, sin otras enfermedades.
- Secundario: está ligado a otras enfermedades del sistema inmunológico.

Factores de riesgo: entre los factores de riesgo están: ser de sexo femenino, tener entre 40 y 60 años, tener enfermedades reumáticas o autoinmunes.

¿Cómo se ve afectada la deglución? Pueden presentar alteraciones funcionales y motoras esofágicas y disfagia debido a las degluciones secas.

Síndrome de Guillain Barré: El síndrome de Guillain Barré es una serie muy variada de neuropatías periféricas mediadas inmunológicamente que se presenta generalmente con una parálisis motora simétrica con o sin afectación sensorial y autonómica.

Actualmente se desconoce la causa de este síndrome, sin embargo, se cree que está ligado a infecciones, pues dos tercios de los pacientes tuvieron síntomas de infecciones semanas anteriores.

Signos y síntomas:

- Debilidad en el tono muscular.
- Parálisis.
- Poca coordinación.
- Sensibilidad.
- Entumecimiento.
- Alteraciones en la visión.
- Tensión en los músculos de la cara.
- Palpitaciones.
- Contracciones musculares.
- Dificultad en la deglución, babeo, dificultad para respirar, ausencia temporal de la respiración.

Tipos: se presenta de distintas formas, sin embargo, los principales tipos son:

- Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda: se caracteriza por débil tono muscular en las partes inferiores del cuerpo, que posteriormente se extiende.
- Síndrome de Miller Fisher: se da como una parálisis en los ojos y dificultad en la marcha.
- Neuropatía axonal motora aguda y neuropatía axonal sensorial motora aguda.

Factores de riesgo:

- Infección por Campylobacter.
- Virus de la influenza.
- Citomegalovirus.
- Virus de Epstein-Barr.
- Virus de Zika.
- Hepatitis A, B, C y E.
- Neumonía por micoplasma.
- Cirugías.
- Traumatismos.
- Linfoma de Hodgkin.
- Vacunas.

¿Cómo se ve afectada la deglución? En los casos más graves se puede ver afectada la deglución y el habla, los músculos faciales están débiles lo que puede provocar ahogamientos durante la deglución, deshidratación y desnutrición.

Síndrome de Prader Willi: es una alteración genética que se da debido a un error en el cromosoma 15. El mismo afecta de forma física, mental y conductual. Afecta de distintas formas, sin embargo, los síntomas más comunes son poca fuerza muscular, bajos niveles de hormonas sexuales y sensación constante de hambre (B Cano del Águila, junio, 2017).

Este síndrome es causado debido a la falta de un gen en el cromosoma 15, no obstante, se puede dar de distintas maneras:

- Los genes del padre faltan en el cromosoma 15.
- Hay errores en los genes del padre en el cromosoma 15.
- Hay dos copias del cromosoma 15 de la madre y no del padre.

Signos y síntomas: vamos a dividir los signos y síntomas por bebés y niñez a adultez:

Bebés:

- Poco tono muscular o hipotonía.
- Rasgos faciales distintivos como ojos en forma de almendras, cabeza estrecha, boca hacia abajo, labio superior delgado, etc.
- Reflejo de succión alterado.
- Capacidad de respuesta alterado o mala respuesta a la estimulación.
- Genitales subdesarrollados, pueden ser pequeños.

De niñez a la adultez:

- Múltiples antojos, por ende, aumento de peso.
- Fallas en el crecimiento y desarrollo.
- Alteraciones cognitivas y conductuales.
- Dificultad en el habla.
- Problemas de suelo.

Factores de riesgo: hay cosas que pueden hacer que una persona sea más propensa a tener este síndrome como la obesidad.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: estos pacientes tienen hipotonía lo que producirá problemas de succión-deglución. Por otro lado, presenta hiperfagia que es un síntoma de hambre excesiva o falta de saciedad.

Síndrome de Huntington: La Enfermedad de Huntington es un desorden neuropsiquiátrico raro, que se presenta con síndrome Parkinsónico, crisis convulsivas mioclónicas y síntomas cerebelosos en ausencia de corea (Rev Mex Neuroci, 2015).

Es debido a un error en un gen y la persona necesitará una copia del gen afectado para que se dé el trastorno.

Signos y síntomas: los dividiremos en trastornos de movimiento, cognitivos, psiquiátricos y síntomas juveniles.

Trastornos de movimiento:

- Espasmos.
- Alteraciones musculares.
- Rigidez.
- Movimientos oculares.
- Alteraciones en la marcha.
- Equilibrio alterado.
- Dificultad en el habla y deglución.

Trastornos cognitivos:

- Problemas en la organización, en establecer prioridades y enfocarse.
- Quedarse sumido en sus pensamientos.
- Problemas conductuales.
- Poco control de impulsos.
- Falta de conciencia en las conductas.
- Lentitud para procesar pensamientos.
- Problemas para encontrar las palabras.
- Dificultad para aprender información nueva.

Trastornos psiquiátricos:

- Depresión.
- Irritabilidad.
- Tristeza o apatía.
- Insomnio.
- Fatiga.
- Poca energía.
- Ideas sobre muerte, morir o suicidio.
- Trastorno OCD (Obsesivo compulsivo).
- Manías.
- Bipolaridad.

Síntomas juveniles:

- Cambios en la conducta: poca atención, mal desempeño escolar y problemas conductuales.
- Cambios físicos: músculos rígidos, problemas en la marcha, temblores o movimientos involuntarios, caídas o torpeza, convulsiones, entre otros.

Factores de riesgo:

- Familiares con este síndrome.
- Edad: aproximadamente entre los 35-50 años.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: en esta enfermedad los pacientes pueden presentar hipotonía, tener comprometidas las fases oral y faríngea de la deglución, pueden presentar mal cierre labial, residuos orales o faríngeos tras deglutir, cambios en la voz, neumonía por aspiración y desnutrición.

2.1.5 Evaluación y diagnóstico de las alteraciones deglutorias

El diagnóstico de la disfagia se da en medida de la enfermedad con la que esté vinculada, es decir, la patología de base pues en eso irá su gravedad. Sin embargo, para dar con un diagnóstico se deben hacer distintas formas de evaluación, entre ellas están obligatoriamente:

- La anamnesis: En primer lugar como toda evaluación conlleva una historia clínica o anamnesis sumamente detallada para conocer la causa de la disfagia y con ello dar una intervención acertada. El especialista debe realizar un pequeño interrogatorio detallando toda la información pertinente al trastorno, es decir, datos del paciente, signos y síntomas, tiempo de padecer la disfagia, la profundidad o severidad, entre otros datos relevantes del paciente y el trastorno.
- La evaluación clínica o exploración física: es un examen exhaustivo en el cual se debe chequear la salud, funcionamiento y sensibilidad de las áreas anatómicas que hacen posible la deglución como la cavidad oral que está conformada por los labios, dientes, paladar duro y blando, mandíbula, lengua y velo del paladar. Igualmente, los órganos involucrados en este proceso como la faringe, laringe y esófago. Asimismo, se debe examinar las etapas deglutorias, la musculatura oro facial (tono y movilidad), los reflejos, la masticación, la voz, respiración e incluso el lenguaje, pues, hacen posible todo este proceso. Este estudio clínico lo podemos dividir en 3 partes:
 1. Evaluación de la musculatura: este estudio profundo explora músculos faciales, labiales, linguales, palatinos y laríngeos. Y tiene como objetivo evaluar que cada músculo realice la acción que se espera de él, movilidad, simetría, tono, entre otros aspectos. (Cámpora & Falduti, 2012). Los músculos que se examinan son los siguientes:
 - a. Músculos de la boca: de dos formas, en primer lugar haciendo el cierre labial, que se da gracias al orbicular de los labios. Su examinación consiste en verificar que el usuario pueda contraer y protruir los labios.

Además, la comprensión de la mejilla, que se da gracias a un músculo llamado buccinador. El test consiste en comprimir las mejillas.

- b. Músculos de masticación: la masticación se da con 4 procesos. En primer lugar: la apertura de la mandíbula, se da con el pterigoideo externo y los músculos suprahioideos. Esto se evalúa cuando se hace que el paciente abra la boca lo más posible y debe resistir a algún tipo de fuerza. En segundo lugar, el cierre mandibular se da con los músculos masetero, temporal y pterigoideo interno. Se examina cuando se encaja herméticamente la mandíbula. En tercer lugar, el desplazamiento mandibular lateral lo hacen posible el pterigoideo externo e interno. Esto se puede examinar con un test en el cual el paciente mueve la mandíbula de lado a lado. Y por último, la masticación también se da por la protrusión de la mandíbula, que es posible gracias a los pterigoideos internos y externos y se verifica su funcionamiento protruyendo la mandíbula como si se hiciera una arcada.
- c. Músculos de la lengua: podemos valorar de 6 formas diferentes: la exploración de la lengua que radica en la observación de la lengua en su posición natural en estado de reposo, se hace verifica sacando la lengua hacia afuera y esto lo hacen posible el músculo geniogloso y las fibras posteriores. La desviación de la lengua, que solo consiste en mover la lengua de un lado a otro. Además, la retracción de la lengua, que solo es retraer la lengua de afuera hacia adentro. Igualmente, podemos realizar la elevación posterior de la lengua, podemos verificar su funcionamiento encorvando la lengua y con esto estaríamos examinado los músculos estilogloso y palatogloso. Por otro lado, podemos hacer un acanalamiento de la lengua, que se basa en hacer como un canal con la lengua, lo causan el geniogloso y los músculos intrínsecos. Finalmente, podemos verificar doblando la punta de la

lengua, este ejercicio permite evaluar los músculos lingual superior y lingual inferior.

- d. Músculos del velo del paladar: el velo del paladar se inspecciona la elevación y abducción del paladar blando, los músculos que permiten esto son el periestafilino interno, periestafilino externo, el palatogloso y ácidos de la úvula. Hay un test mediante el cual podemos verificar y se da haciendo que el paciente emita un grito y así asciende el paladar.
 - e. Músculos de la faringe: la faringe se explora con contracciones durante la fonación y verificando su elevación. Una forma de verlo es haciendo que el paciente pronuncie un fonema y se comprueba la integridad de la contracción. Igualmente, en este proceso se debe evaluar el reflejo faríngeo y de la laringe durante la deglución, el reflejo se hace aplicando presión y esto debe provocar la elevación. Y la laringe, podemos valorar la voz, y con ello detectar si hay anomalías durante la fonación. Se debe elevar y extender con facilidad.
2. Evaluación de reflejos de protección: entre los reflejos o mecanismos de defensa, están el nauseoso y el tusígeno. El reflejo nauseoso es cuando algo entra en contacto con la base de la lengua o parte posterior de la garganta y provoca náuseas y una contracción. El reflejo tusígeno, es aquel que provoca la tos.
 3. Evaluación con alimentos: se le facilitan alimentos de distintas consistencias al paciente para observar las etapas deglutorias, entre ellos, se observa sincronización, coordinación y eficacia. Se define si hay buen cierre labial, residuos orales tras deglutir, si hay necesidad de deglutir múltiples veces, se le pregunta si tiene sensación de residuos la faringe, se toma en cuenta si hay regurgitación, aspiración, tos, o algún signo anómalo

4. Auscultación Cervical: esta es una herramienta que se hace con un estetoscopio para discriminar algún sonido anormal durante el proceso deglutorio. Se puede realizar con la toma de líquidos, la pronunciación de fonemas y el aclaramiento de la garganta.

Y, entre las pruebas complementarias que se pueden hacer están las siguientes:

- Estudio dinámico o radiografía con material de contraste: es un estudio que consiste en ingerir una solución de bario, ya sea con alimentos o se ingiere una pastilla recubierta de bario la cual va a permitir que el alimento pueda verse en la radiografía y tomar radiografías, con ello, el especialista puede ver el proceso del alimento mientras es deglutido. Esto permite observar cómo pasa el alimento, si hay obstrucciones, la forma del esófago y la actividad muscular para dar con lesiones orgánicas.
- Esofagoscopia, endoscopia o examen visual del esófago: es un examen de las estructuras internas que se hace con un instrumento delgado, específicamente como una sonda flexible e iluminada (endoscopio). El cual se introduce por vía oral (la garganta) para evaluar el esófago y estructuras internas.
- Evaluación endoscópica por fibra óptica (FEES): este examen es realizado con un endoscopio para evaluar la presencia y gravedad de la disfagia. Se utiliza una cámara de fibra óptica que se pasa por la nariz hasta la garganta y se puede examinar cómo viajan los alimentos por la garganta. Se examina cómo se da el proceso deglutorio, si hay residuos de alimento pasado el proceso deglutorio y riesgos de aspiración. Por otro lado, se puede observar la consistencia de los alimentos y cómo se mezclan. Los alimentos se mezclan con colorantes para hacer más visible el alimento.
- Biopsia y citología: este examen va en conjunto con otros estudios. Es un procedimiento para evaluar los tejidos o células a través de análisis de laboratorio, lo que permite dar con un diagnóstico etiológico de la patología, es decir, indicar si estamos ante células, masas o zonas anómalas como

- cancerosas. Se extrae una muestra de la zona del cuerpo que se quiere evaluar y el estudio indicará si es una masa benigna o maligna.
- Videofluoroscopia (VPSS): la videofluoroscopia es un estudio que se hace con un examen de rayos X en el cual se ve el proceso de paso del bolo alimenticio. Se utilizan alimentos sólidos o líquidos mezclados con un componente de flúor que permite que se haga visible en la radiografía. El especialista puede observar si el proceso va sin interrupciones, si hay residuos de alimentos tras tragar, si hay aspiración y con ellos buscar una intervención adecuada.
 - Manometría esofágica o examen del músculo esofágico: Es un estudio en el cual se pasa un catéter por la nariz, hacia el esófago y culmina en el estómago. Para evaluar que el esófago esté funcionando adecuadamente y de lo contrario poder diagnosticar si se está ante un trastorno. Esta prueba determina el correcto o mal funcionamiento del esófago cuando se traga, contrayéndose y empujando el bolo alimenticio. Este examen mide las contracciones, presión, fuerza y coordinación de los músculos del esófago. La manometría igualmente es un estudio de la motilidad esofágica y permite determinar el pH intraesofágico, y así evaluar si el paciente presenta ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico).
 - Escaneo de imágenes: se hace a través de una tomografía o una resonancia magnética, es decir, se obtienen imágenes tipo rayos X a través del tomógrafo o la máquina de RM y son analizadas con una computadora para observar los órganos, huesos y tejidos involucrados en el proceso deglutorio.

2.1.7 Intervención o tratamiento de las patologías deglutorias

La intervención o el tratamiento de la disfagia depende de la patología que le acompañe, de esto depende la gravedad de la misma. Como es de conocimiento general el objetivo de cada tratamiento siempre será lograr una función deglutoria y alimentación segura y correcta. A continuación, se

desglosan algunos tratamientos que se utilizan en la rehabilitación de la disfagia.

En el caso de la disfagia las estrategias de intervención se dividen en dos grupos, el primero se trata de las técnicas propias del tratamiento y el otro grupo abarca las técnicas de tratamiento compensatorias. A continuación, se detalla en el siguiente cuadro cada grupo.

Cuadro N° 2 Acciones de intervención en las alteraciones Deglutorias

Técnicas o herramientas	Descripción
Técnicas propias del tratamiento	<p>Esta se divide en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Praxias Neuromusculares: esta tiene como objetivo mejorar el movimiento en conjunto de los músculos que intervienen en el proceso deglutorio. Además de mejorar a su vez el tono y motilidad de estas estructuras. ● Maniobras deglutorias: existe una amplia variedad de maniobras, cada una tiene su objetivo. Cabe resaltar que la evaluación de cada maniobra se hace con la realización de una videofluoroscopia.
	<p>Se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Técnicas de incremento sensorial: el objetivo de esta es preparar al sistema nervioso antes de introducir alimento. A su vez disminuye el umbral que existen en los centros deglutorios. <p>Algunos estímulos que se colocan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estimulación térmica. ● Estimulación con sabores ácidos. ● Estimulación intra y extraoral.

<p>Técnicas de tratamiento compensatorias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Alimentación terapéutica: abarca básicamente la dieta o los tipos de texturas que se le dan al paciente con disfagia conforme haya una mejoría se introducen nuevas texturas, además la posición en la que debe comer el paciente, los utensilios y el volumen de alimentos a dar. ● Cambios posturales: estas técnicas se utilizan de manera temporal mientras se alcanza la deglución de manera correcta. Algunas de las que pueden utilizarse son: cabeza hacia adelante, cabeza hacia atrás, cabeza rotada. Cada maniobra se utiliza según la afección o patología de cada paciente.
<p>Herramientas Tecnológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Laserterapia: la terapia de láser es una técnica terapéutica innovadora no quirúrgica y sin medicamentos basada en la utilización de un láser de luz para aliviar el dolor, bajar la inflamación, acelerar los procesos de curación, aumentar la circulación y reparar el daño de los tejidos blandos. ● Ultrasonido: es una herramienta no quirúrgica de alta frecuencia para estimular y activar los músculos del proceso deglutorio. Es una onda que actúa directo en el área a tratar. ● Electroestimulación: Este tipo de terapia complementaria, también innovadora, no invasiva, no quirúrgica y sin necesidad de medicamentos. Se realiza a través de la estimulación eléctrica neuromuscular, lo que activa la musculatura que hace posible el proceso de deglutir. Su aplicación es mediante pequeños electrodos sobre la musculatura que envía impulsos eléctricos.

Fuente: (Cámpora & Falduti, 2012)

2.2. Propuesta de intervención

Descripción de la propuesta: Se propone la elaboración de una guía clínica para estudiantes con informaciones relevantes al área de deglución, la misma basada en una revisión sistemática de la literatura y con evidencia científica. Con el fin de brindar una ayuda al desarrollo de esta área y así contribuir al crecimiento de nuestra carrera. Igualmente, se dejarán como aporte 4 videos instructivos del proceso de evaluación de la deglución en pacientes pediátricos y adultos.

Área de intervención: Esta guía de auto consulta y videos funcionan como herramienta de apoyo ante las falencias de contenidos evidenciadas en este proyecto. Además se realizarán talleres de evaluación e intervención en pacientes con dificultades deglutorias en niños y adultos.

Introducción: La falta de lugares de práctica donde se aborde esta área de la licenciatura en específico, impide que los estudiantes puedan integrar las competencias teóricas y ponerlas en prácticas en escenarios reales.

Justificación: esta guía se desarrollará a través de una revisión sistemática en base a la mayor información posible concerniente al área de deglución de estudios importantes y con evidencia científica. Se abordarán conceptos, fases, anatomía, alteraciones, patologías en las que se ve afectada la deglución, su evaluación e intervención. Cabe resaltar que tanto estudiantes como egresados en las encuestas realizadas están de acuerdo en un 98%, que exista una guía de autoconocimiento en el área de deglución. Además según la percepción de los egresados existen áreas que se podrían afianzar para formar profesionales mejor preparados.

Objetivos:

- Elaborar una guía de auto consulta para estudiantes para que fortalezcan sus competencias teóricas.
- Realizar talleres educativos donde se evalúe e intervengan pacientes reales.
- Realizar una capacitación a los estudiantes que cursan el sexto y octavo semestre sobre contenidos en el área de deglución que resulten deficientes.
- Aportar videos instructivos del proceso evaluativo de la deglución explicando el paso a paso de evaluación a un paciente pediátrico y un adulto.

Desarrollo del Programa: Se recopilará información para la guía clínica y posteriormente a obtener toda la información necesaria para desarrollar la guía, se evaluará a estudiantes y egresados en materia de deglución y se llevará a cabo una capacitación en aspectos importantes del área de deglución para los estudiantes que están cursando actualmente la carrera, enfocándonos en temas deficientes. Por último, se realizarán unos videos tutoriales del proceso de evaluación de la deglución en pacientes pediátricos y adultos. Esto se hará como ayuda comunitaria para los futuros colegas, con el objetivo de crecer juntos como carrera.

Procedimiento:

- Creación de un cronograma para ejecutar nuestros objetivos de forma sucesiva y ordenada.
- Búsqueda intensiva de la literatura para la revisión sistemática.
- Creación de la guía clínica mediante esa revisión sistemática.

- Creación de Videos instructivos del proceso de evaluación deglutoria, dirigido a pacientes pediátricos y adultos.
- Distribución de dichas herramientas a través de los correos institucionales.

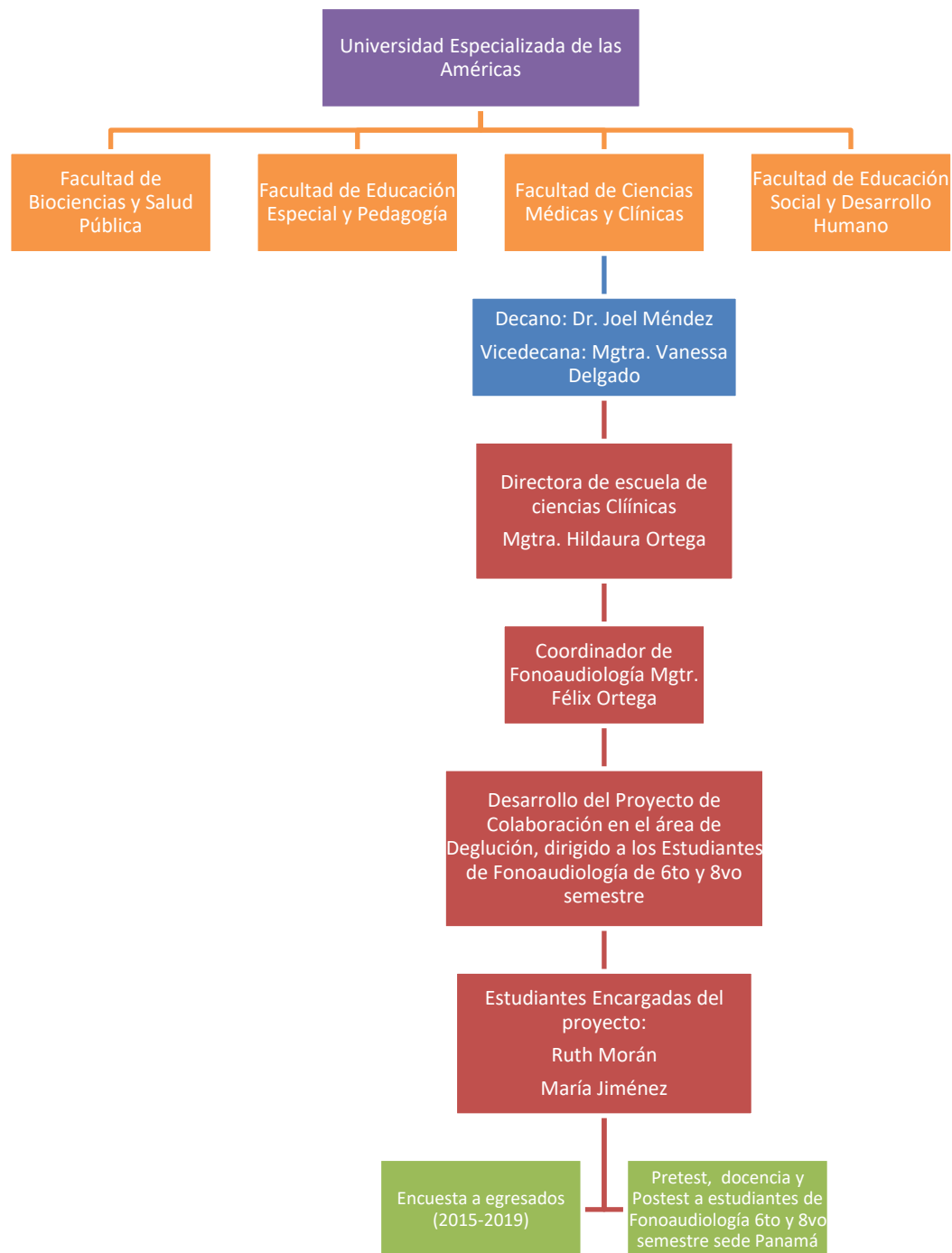
Población

La población beneficiada con esta propuesta son los 106 estudiantes de último año y los egresados que participaron en este proyecto, más el resto de los estudiantes de ambas sedes.

2.3. Estructura organizativa y de gestión de proyecto (funciones)

Para llevar a cabo este proyecto la institución garante de que el mismo se lleve a cabo es la Universidad Especializada de las Américas, ya que cuenta con un equipo dotado de experiencias y conocimientos para que el mismo pueda lograrse. Además, que esta será la sede para realizar el estudio. La Universidad deberá brindar todos los recursos necesarios para la elaboración y realización del proyecto, así como los datos que sean necesarios para crear un proyecto sólido y de aporte a la comunidad educativa.

Organigrama de la estructura organizativa del proyecto



Fuente: Elaborado por las estudiantes María Gabriela Jiménez y Ruth Morán.

2.4. Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar

Objetivos	Actividades a realizar
Identificar las competencias en el área de deglución en los estudiantes de fonoaudiología que cursan actualmente el 6to y 8vo semestre.	Realizar una encuesta a los estudiantes de los semestres VI y VIII de la Licenciatura en Fonoaudiología.
Orientar a los estudiantes que cursan dichos niveles sobre los conocimientos en el área de deglución que resulten deficientes.	Analizar los datos obtenidos y llevar a cabo una docencia con el objetivo de reforzar los conocimientos adquiridos en el área de deglución.
Analizar la percepción de los participantes, en relación a los posibles factores durante su etapa universitaria, que puedan incidir en la adquisición de las competencias necesarias para su desempeño laboral actual o futuro.	Realizar una encuesta a egresados de la Licenciatura en Fonoaudiología de los años 2015-2019 con el fin de identificar los factores que pudieron incidir en la adquisición de las competencias en el área de deglución.
Describir la experiencia académica y laboral de los egresados del último quinquenio (2015-2019).	Efectuar una encuesta a egresados de la Licenciatura en Fonoaudiología de los 2015-2019 y analizar los datos de la misma.
Identificar las técnicas y tratamientos utilizados por los fonoaudiólogos	Llevar a cabo una encuesta a egresados para conocer los métodos

egresados, para abordar en esta área de la fonoaudiología.	de intervención más utilizados de alteraciones de la deglución.
Desarrollar una guía de auto consulta para estudiantes y profesionales de fonoaudiología sobre competencias básicas en el área de la deglución, basadas en evidencias científicas.	Crear una guía clínica de conocimientos generales en el área de deglución que esté al alcance de profesionales así como estudiantes.

2.5. Productos

Objetivos	Resultados esperados
Identificar las competencias en el área de deglución en los estudiantes de fonoaudiología que cursan actualmente el 6to y 8vo semestre.	Del 100% de los encuestados el 50% de los estudiantes eran de 6to semestre y el otro 50% era de 8vo semestre se identificó, que las competencias eran regulares.
Orientar a los estudiantes que cursan dichos niveles sobre los conocimientos en el área de deglución que resulten deficientes.	Se realizaron dos docencias, en la primera fue dirigida a los estudiantes de 8vo semestre y en esta hubo un 60% de participación y en la segunda fue dirigida a los estudiantes de 6to semestre y el restante que no pudo conectarse a la primera docencia teniendo una participación del 100% y esto se vio reflejado en los resultados de la encuesta post docencia.
Analizar la percepción de los participantes, en relación a los posibles factores durante su etapa	El 58.9% de los egresados encuestados se sienten poco preparados para evaluar pacientes con

<p>universitaria, que puedan incidir en la adquisición de las competencias necesarias para su desempeño laboral actual o futuro.</p>	<p>alteraciones deglutorias, otro 57.2% de los profesionales consideran la preparación universitaria para diagnosticar pacientes con alteraciones deglutorias era bajo y por último el 50.1% de los egresados se sienten poco preparados para intervenir trastornos de la deglución.</p>
<p>Describir la experiencia académica y laboral de los egresados del último quinquenio (2015-2019).</p>	<p>Se pudo conocer que durante el proceso universitario el 44% pocas veces pudieron evaluar e intervenir pacientes con dificultades en la deglución, también se pudo observar que el 78.6% nunca tuvo la oportunidad de presenciar una videofluoroscopia, en otra ocasión el 55.4% de los casos nunca presenciaron una fisura palatina. En cuanto a experiencia laboral, el 41.1% pocas veces se sienten preparados para atender una patología como fisura palatina.</p>
<p>Identificar las técnicas y tratamientos utilizados por los fonoaudiólogos egresados, para abordar en esta área de la fonoaudiología.</p>	<p>Las técnicas y tratamientos más utilizados por los egresados encuestados son: 19.6% utilizan la técnica de retroalimentación, el 37.5% realizan modificaciones en la dieta, el 14.3% utilizan la estimulación eléctrica, el 48.2% utilizan utensilios para la alimentación, el 89.3% realizan</p>

	terapias y/o ejercitación oral motora, el 62.5% implementan estrategias para el manejo del alimento y modificaciones durante la ingesta, el 60.7% realizan técnicas posturales, solo el 7.1% utilizan el láser terapéutico, y por último, solo 1.8% de los fonoaudiólogos utilizan ultrasonido.
Desarrollar una guía de auto consulta para estudiantes y profesionales de fonoaudiología sobre competencias básicas en el área de la deglución, basadas en evidencias científicas.	La guía fue desarrollada con éxito y está disponible para cualquier consulta y se le hará llegar a todos los participantes de las encuestas.

2.6. Cronograma de impartición del proyecto

Cronograma de actividades	Semanas												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Planteamiento del problema													
Propuesta del proyecto													
Búsqueda de la literatura													
Recopilación de información													
Formación del comité experto													

Encuesta a egresados												
Datos estadísticos												
Análisis de datos												
Resultados de los datos												
Interpretación de los datos												
Conclusiones												
Creación de la guía												
Entrega de guía clínica												

2.7. Presupuesto

Rubro	Descripción de presupuesto	Detalle de gasto	Total
Equipos	Laptop	2	400.00
	Internet	80.00 ambas	240.00
Gastos trabajo escrito	Impresión del proyecto	3	Aprox. 75.00
	Empastado del proyecto	3	65.00

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 Interpretación de los resultados del proyecto

Este capítulo es la conclusión de nuestro trabajo de grado, abarca los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas tanto a estudiantes como a profesionales egresados entre 2015-2019.

Consta de dos partes, la primera es una encuesta dirigida a estudiantes del VI y VIII semestre de la licenciatura en fonoaudiología de la sede central ubicada en Panamá. Esta encuesta tenía como objetivo general desarrollar una guía de auto consulta para estudiantes y profesionales de fonoaudiología sobre competencias básicas en el área de la deglución, basadas en evidencias científicas. Seguido de esto se dio una docencia para este grupo de estudiantes con una duración de una hora los días 14 y 15 de abril de 2021 por la plataforma de meet, seguido de esto se aplicó una encuesta post docencia en los temas en donde estudiantes habían tenido menos puntuaciones.

La segunda parte constó de una encuesta orientada a los profesionales egresados entre los años 2015 - 2019, el objetivo era conocer la percepción de estos profesionales acerca de su preparación durante su estadía en la licenciatura y si estos conocimientos dados fueron acorde a la demanda en sus lugares de trabajo.

Los resultados serán presentados por medio de cuadros y gráficas que permitan la interpretación y la puesta en evidencia de los hallazgos encontrados.

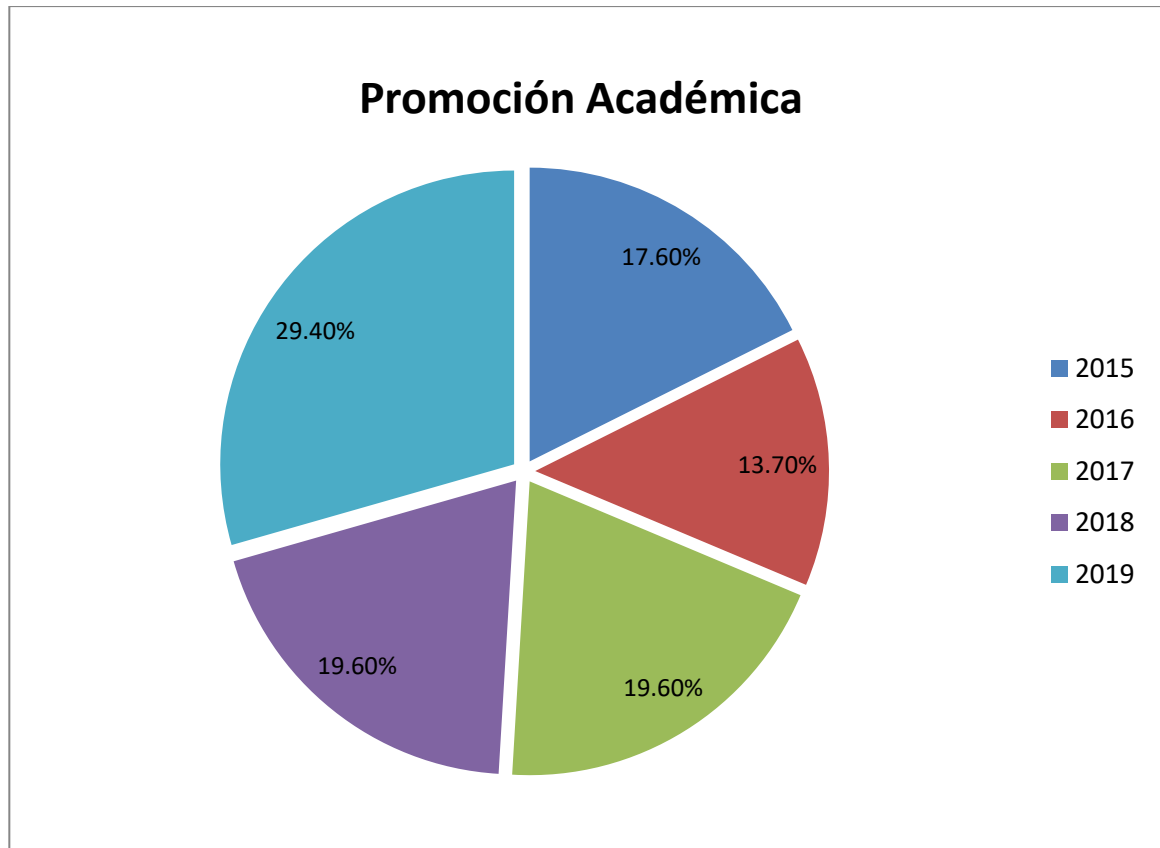
Cuadro N° 3 Distribución de la población encuestada, clasificada por nivel educativo y sexo, durante los meses de noviembre 2020 a enero 2021.

Sexo	Población total		Niveles educativos													
			Estudiantes en Formación				Egresados									
			VI Semestre		VIII Semestre		Año 2015		Año 2016		Año 2017		Año 2018		Año 2019	
			FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Masculinos	9	8.49%	2	1.89%	1	0.94%	3	2.83%	0	0%	1	0.94%	0	0%	2	1.89%
Femeninos	97	91.50%	23	21.70%	24	22.64%	10	9.43%	8	7.55%	9	8.49%	10	9.43%	13	12.26%
Total	106	100%	25	23.58%	25	23.58%	13	12.26%	8	7.55%	10	9.43%	10	9.43%	15	14.15%

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta a egresados de la licenciatura en fonoaudiología y en las encuestas pre y post test, a estudiantes de VI y VIII semestre de la UDELAS sede Panamá, en los meses de noviembre 2020 a enero 2021.

La población total era de 106 personas lo que representa el 100%, de las cuales 47.16% (50) eran estudiantes y 52.82% (56) eran egresados de Licenciatura en Fonoaudiología. Esta población está dividida en 91.50% que son del género femenino y el 8.49% del género masculino. De VI semestre lo conforman el 23.58% y de VIII semestre el 23.58%. Por otro lado, los fonoaudiólogos que egresaron del año 2015 lo representan el 12.26%, los egresados del año 2016 lo conforman el 7.5%, los egresados del año 2017 conforman el 9.43%, del año 2018 igualmente el 9.43% y por último, los egresados del año 2019 conforman el 14.15%.

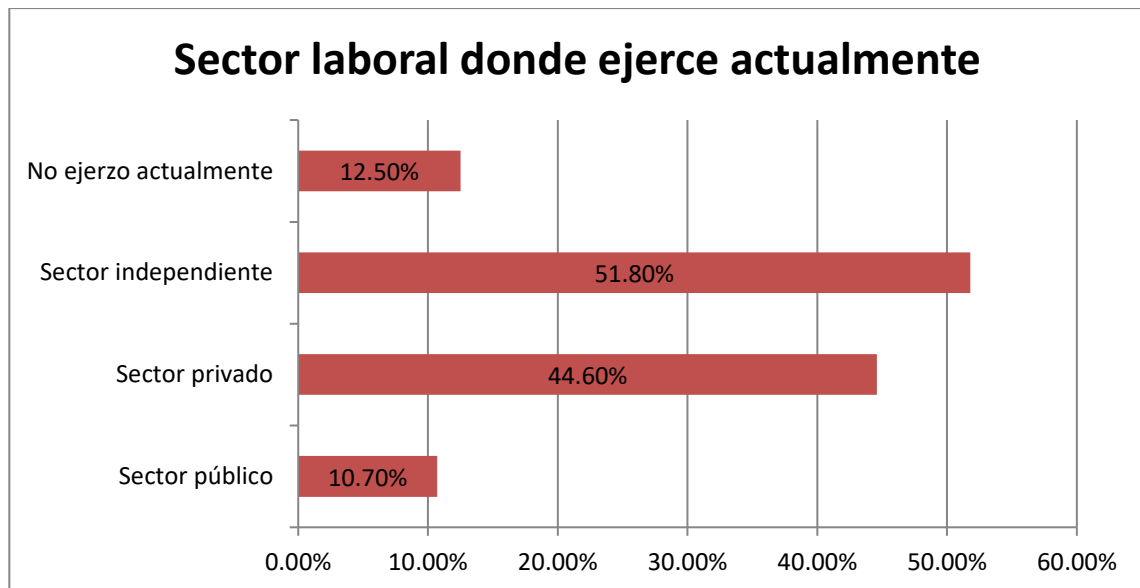
Gráfica N° 1 Distribución de los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, clasificado por su año de promoción académica, encuestados durante el mes de enero de 2020.



Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Este gráfico detalla el año de egreso de cada participante en donde un 17,6% pertenecen al 2015, seguido de un 13,7% del 2016, con 19,6% está el año 2017, al igual que el año 2018 con el mismo porcentaje y por último está el año 2019 con un 29,4% siendo esta promoción la que contó con más participación en la encuesta.

Gráfica N° 2 Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, clasificado por el sector laboral, encuestados durante el mes de enero de 2020.

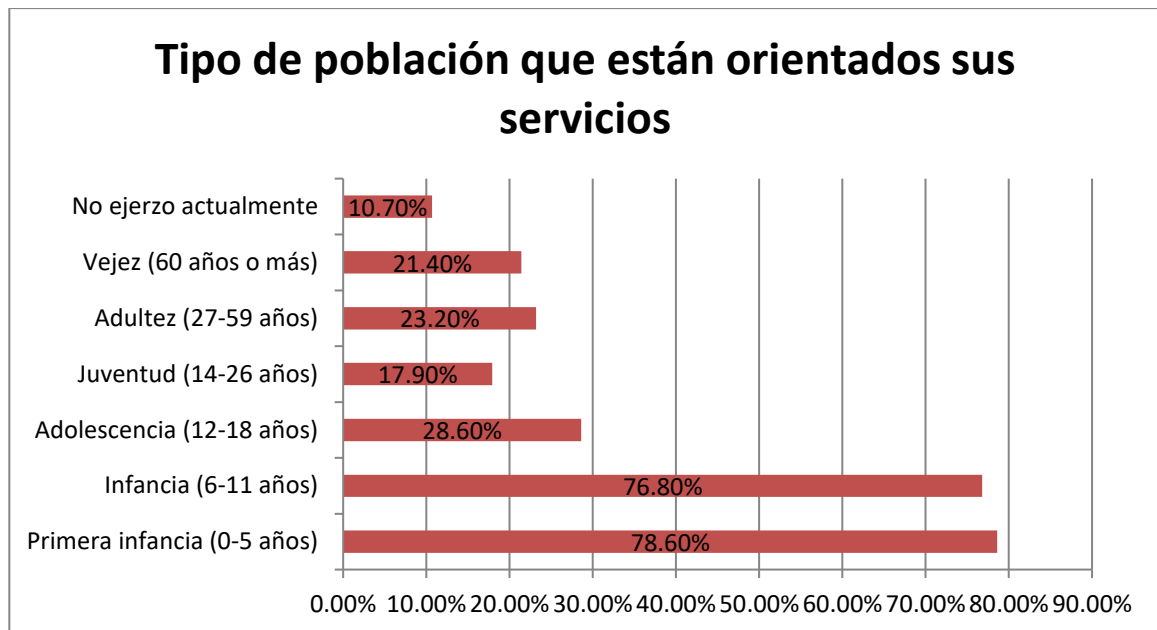


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

La anterior gráfica muestra los resultados del sector al que pertenece cada profesional, siendo la primera opción el sector público con 10,7%, para el sector privado se obtuvo un 44.6% esta opción fue la segunda con más porcentaje, el sector independiente representa el 51.8% siendo esta la opción con más respuestas recibidas y por último la opción de no ejerce obtuvo un 12,5%. Esto quiere decir que la gran mayoría de los egresados entre el 2015 y 2019 ejercen en el sector privado.

La importancia de estos resultados es que nos permiten conocer el sector en donde más laboran los fonoaudiólogos de esas promociones al igual que la población de profesionales que no ejerce.

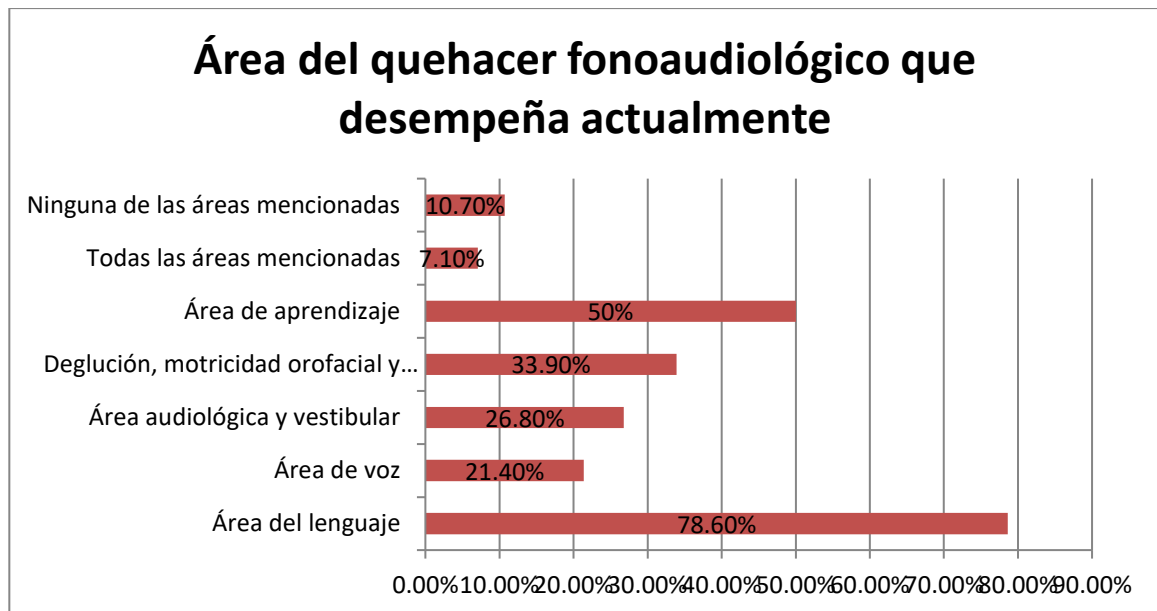
Gráfica N°3 Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, clasificado según el tipo de población que atienden, encuestados durante el mes de enero de 2020.



Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Para este gráfico se requería saber la población a los que van orientados sus servicios, para la primera infancia que corresponde entre los 0-5 años el porcentaje obtenido fue de 78.6% siendo esta la opción con más respuestas obtenidas y la población a la que más se atiende según estos egresados, por otra parte con un 76.8% está la infancia que corresponde las edades entre 6 y 11 años, seguido de estas está la opción de adolescencia que abarca edades entre 12-18 años con un total de un 28,6%, la siguiente opción con un 17,9% fue la de juventud que va desde los 14-26 años, para la adultez (27-59 años) el porcentaje fue de 23.2%, en cambio la vejez (60 o más) obtuvo un 21,4% y por último la opción de no ejerzo actualmente con un 10,7%. Esto quiere decir que la población que más se atiende con estos egresados son primera infancia, infancia y adolescencia

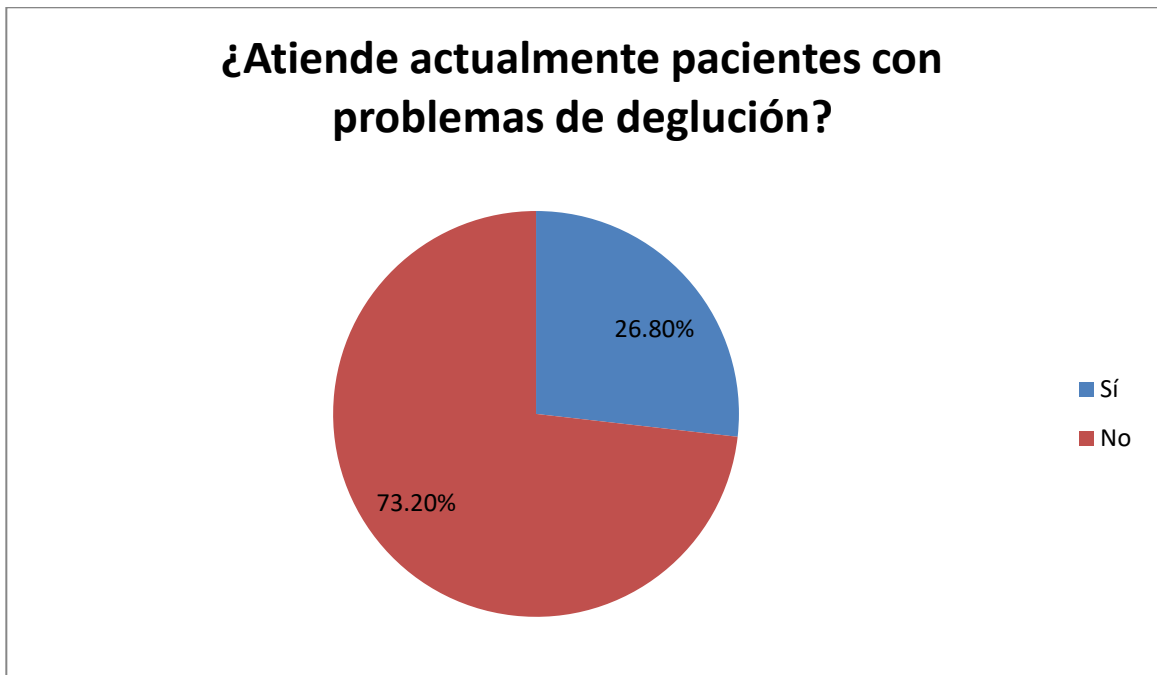
Gráfica N°4 Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, según el área del quehacer fonoaudiológica que desempeñan, encuestados durante el mes de enero de 2020.



Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Para este gráfico se muestra el resultado a la pregunta realizada a los profesionales sobre qué área de las tantas que desempeña el fonoaudiólogo ejercen ellos, dando como resultado el área de lenguaje como la mayor en porcentaje con un 78,6%, el área de voz obtuvo un 21,4%, mientras que el área audiológica y vestibular resultó con un 26.8%, por su parte el área de deglución y motricidad orofacial con un 33,9%, el área de aprendizaje obtuvo un 50.0%, algunos participantes desempeñan todas la áreas mencionadas y esta opción resultó con un 7.1% y por último un 10,7% la opción de ninguna de las anteriores. Esto quiere decir que gran parte de estos egresados tiene como área de acción el lenguaje, seguido por aprendizaje y en tercer lugar el área de deglución y motricidad orofacial.

Gráfica N°5 Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, sobre la experiencia de atención en pacientes con problemas de deglución, encuestados durante el mes de enero de 2020.

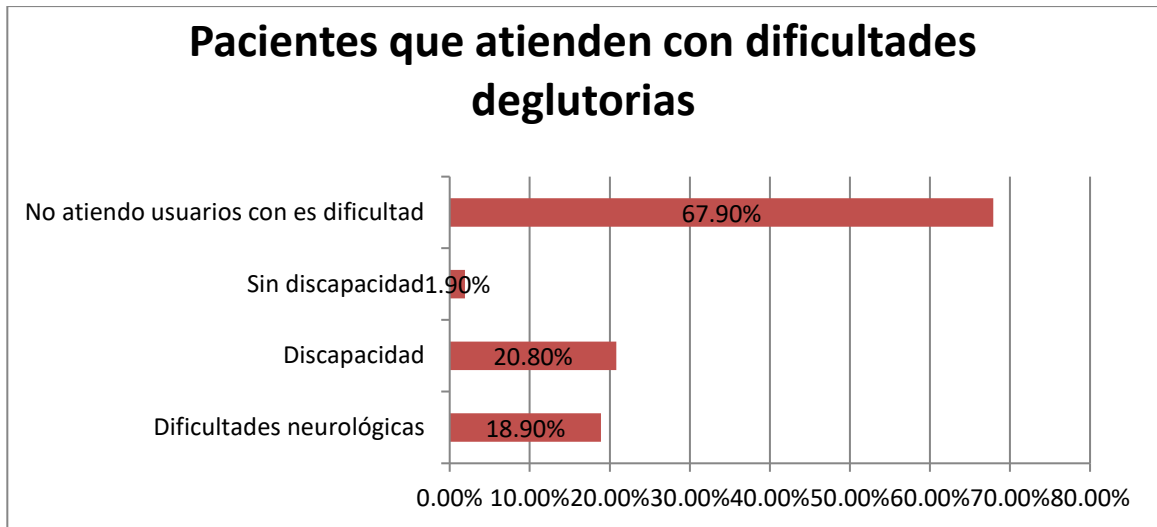


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Se preguntó si algunos de los que participaron en la encuesta brindan el servicio a pacientes con alteraciones deglutorias dando como resultado un 73.2% que sí atiende o brinda el servicio a pacientes con alteraciones y un 26,8% que no atiende esta población.

Es de suma importancia estos resultados, ya que permite conocer cuántos de los encuestados brindan el servicio a pacientes con alteraciones deglutorias y así dar una proyección a futuro de cuantos más se necesitan para cubrir esta población.

Gráfica N°6 Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, sobre las dificultades de los pacientes con alteraciones deglutorias, encuestados durante el mes de enero de 2020.



Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Esta gráfica muestra el porcentaje de las dificultades que presentan los pacientes que atienden los fonoaudiólogos, la primera opción fue dificultades neurológicas con un 18,9%, seguido con un 20,8% pacientes con discapacidad, con 1,9% pacientes sin discapacidad y por último con un 67,9% la respuesta fue que no atienden pacientes con esta dificultad. Esto quiere decir que la mayoría de los profesionales no atienden pacientes con alteraciones deglutorias y los que sí brindan este servicio su mayor atención va dirigida a pacientes con discapacidad seguido de pacientes con secuelas neurológicas y por último, y la minoría son población sin ninguna alteración o discapacidad.

Son importantes estos resultados, ya que, permiten conocer los grupos de poblaciones con alguna alteración deglutoria, para así poder aportar más personal en estas áreas.

Gráfica N°7 Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, sobre sus competencias para la evaluación de usuarios con trastornos deglutorios, encuestados durante el mes de enero de 2020.

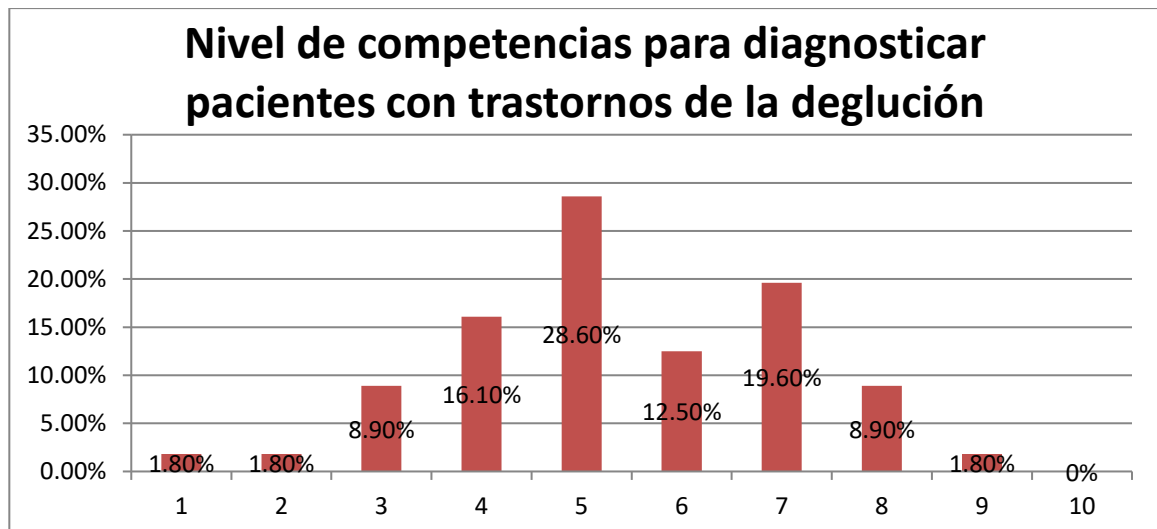


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

La gráfica anterior muestra la competencia de los egresados al momento de evaluar pacientes con trastornos de la deglución una vez culminada su carrera, la evaluación era de 1 a 10 siendo uno poco preparado y 10 muy preparado, dando como resultados que 58.9% de los egresados se sienten poco preparados, este porcentaje se basa tomando en cuenta los niveles del 1 al 5, por otra parte, el 41.0% de los egresados se sienten mejor preparados para evaluar pacientes con trastornos deglutorios tomando en cuenta los niveles del 6 al 9, es importante destacar que ninguno de estos egresados se siente muy preparado tomando en cuenta el nivel 10 para evaluar este tipo de pacientes.

Estos resultados son importantes, ya que, ayudan a conocer la perspectiva de estos profesionales en cuanto a evaluación.

Gráfica N° 8 Distribución de los resultados obtenidos, según la calificación de la preparación universitaria para diagnosticar pacientes con trastornos deglutorios de los egresados encuestados, durante el mes de Enero de 2020.

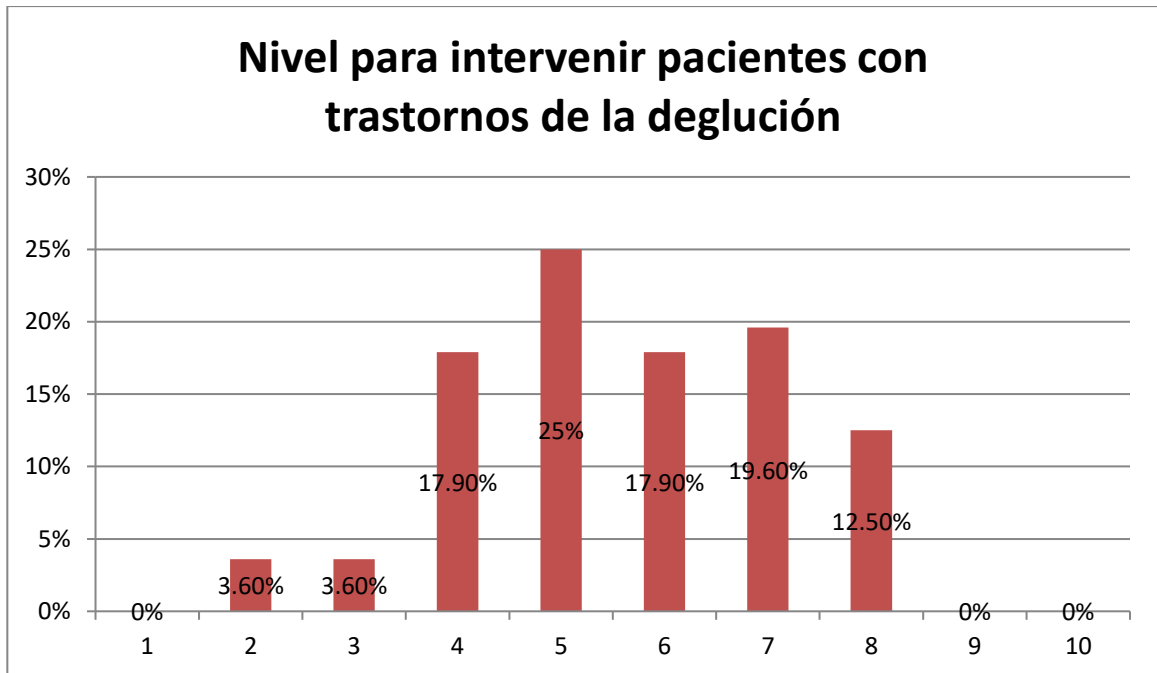


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Se preguntó a los egresados que tal fue su preparación académica al momento de diagnosticar a pacientes con trastornos de la deglución, siendo 1 poco preparado y 10 muy preparado. Los resultados obtenidos fueron que el 57.2% de los profesionales consideran la preparación universitaria para diagnosticar pacientes con alteraciones deglutorias en un nivel bajo, este porcentaje abarca los niveles del 1 al 5. Por otro lado, el 42.8% de los egresados consideran su preparación universitaria para diagnosticar en un nivel más alto, es importante mencionar que ningún egresado se siente preparado en un nivel 10.

La importancia de estos resultados es que permiten conocer la percepción de personas que ya han incursionado en el mercado laboral y ven las dificultades que se tienen a nivel de conocimiento para así mejorar la formación de los que aún no han egresado.

Gráfica N°9 Distribución de los resultados obtenidos, según la calificación de las competencias para intervenir pacientes con trastornos deglutorios de los egresados encuestados, durante el mes de Enero de 2020.

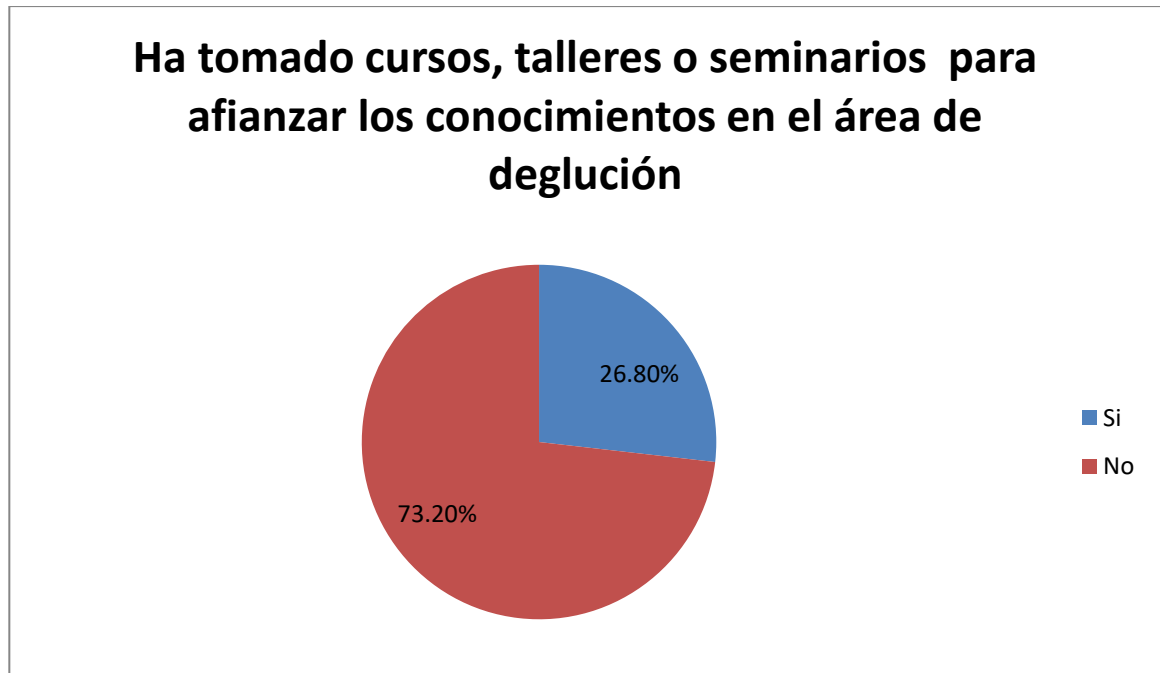


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Esta gráfica muestra el resultado a la pregunta sobre las competencias al momento de intervenir a pacientes con trastornos de la deglución siendo uno el mínimo y 10 el máximo y el más satisfactorio. Los resultados fueron que el 50.1% de los egresados se sienten poco preparados para intervenir trastornos de la deglución, englobando los niveles que corresponden del 1 al 5. El 49.9% restante se sienten mejor preparados al momento de intervenir pacientes con trastornos de la deglución. Cabe destacar que ningún egresado respondió a los niveles 9 y 10, esto quiere decir que ninguno se siente totalmente preparado.

Estos resultados son clave pues indican la percepción que sienten los egresados encuestados para intervenir a estos pacientes.

Gráfica N°10 Distribución de los resultados obtenidos, según la preparación extracurricular en deglución de los egresados encuestados, durante el mes de Enero de 2020.

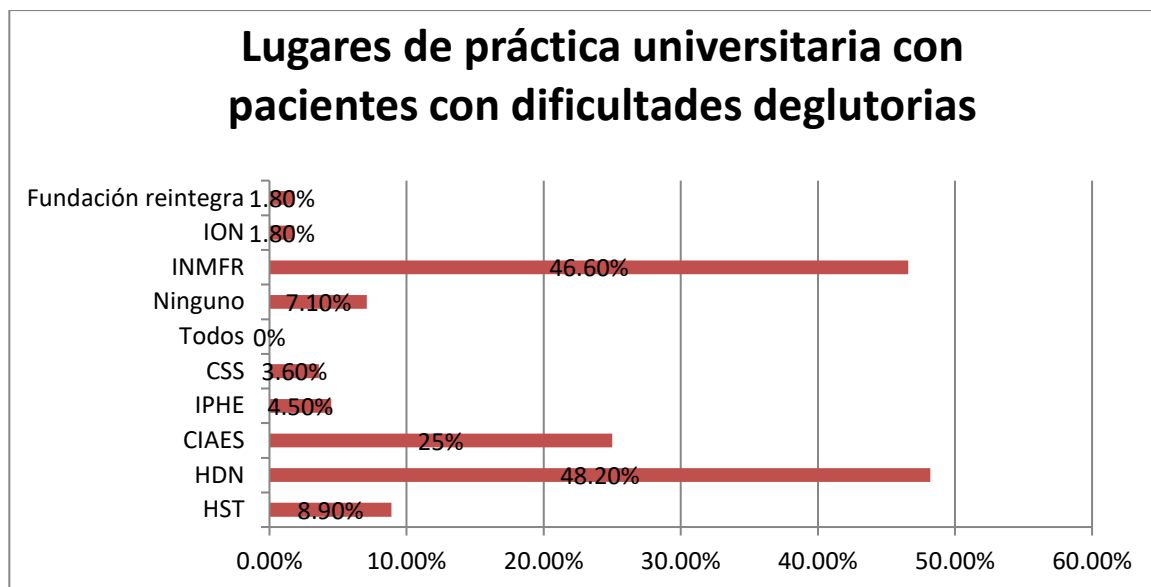


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Los resultados obtenidos para esta pregunta fueron que un 73,2% sí tomó cursos, talleres o seminarios después de egresar y un 26,8% no. Esto quiere decir que la mayoría de los egresados toman preparación extracurricular luego de sus estudios.

La importancia de conocer estos resultados es que ayudan a dar luces de cuanto más se debe invertir para ampliar los conocimientos en estas áreas de manera extracurricular o luego de egresar de la licenciatura.

Gráfica N°11 Distribución de los resultados obtenidos, según los centros de prácticas que rotaron los egresados y que atendían pacientes con dificultades deglutorias, en la encuesta realizada durante el mes de Enero de 2020.

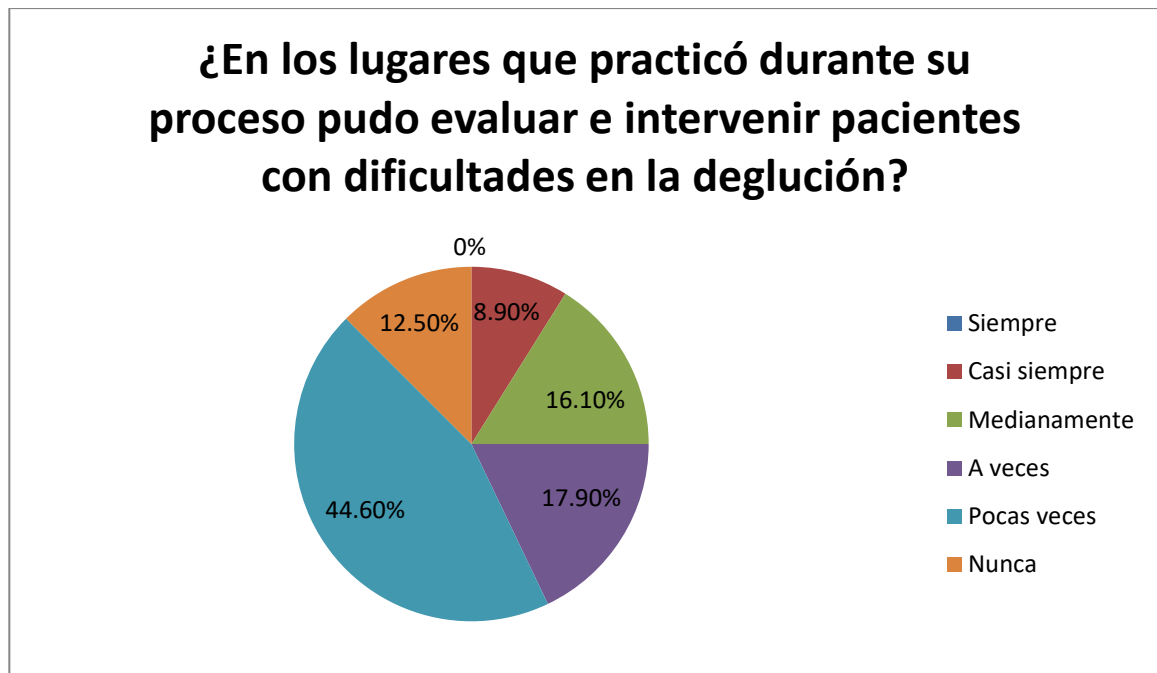


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

En esta gráfica se muestran los centros de prácticas a los que asistieron en su formación académica. Dando como resultado el HST con un 8,9%, el HDN con 48.2%, el CIAES con 25.0%, por su parte el IPHE obtuvo un 60.7 %, la CSS con 3,6%, la opción de todas las anteriores no obtuvo ninguna respuesta, por su parte la opción de ninguna de las anteriores registró un 7.1%, INMFR (Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación) con 46.6%, el ION (Instituto Oncológico Nacional) con 1.8% y por último, la fundación Reintegra 1.8%.

Los resultados obtenidos permiten conocer los centros de prácticas con mayor asistencia de estudiantes y a su vez los centros de prácticas que podrían enviarse más estudiantes.

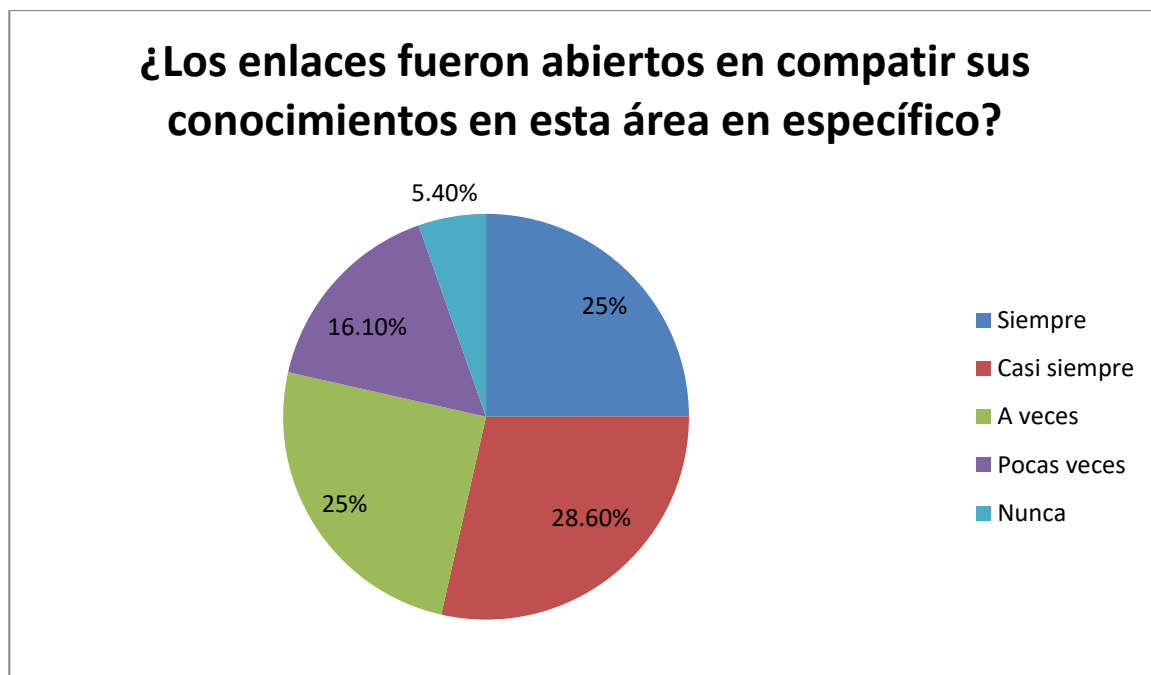
Gráfica N° 12 Distribución de los resultados obtenidos, sobre la experiencia de los lugares de práctica donde pudo evaluar e intervenir pacientes con dificultades deglutorias, según la encuesta realizada durante el mes de enero de 2020.



Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

La gráfica muestra los resultados al preguntar si en los centros prácticas en donde asistieron pudieron evaluar e intervenir a pacientes con alteraciones deglutorias. Dando como resultado un 8.9% para casi, un 34.0% para más o menos, esto sumando las opciones de medianamente y a veces y por último 57.1% para pocas veces, esto tomando en cuenta las opciones de pocas veces o nunca. Esto quiere decir que en los centros de prácticas escasamente los estudiantes tienen acceso a diagnosticar e intervenir a pacientes, lo que es importante, ya que eso le permitirá asociarse con el campo laboral.

Gráfica N°13 Distribución de los resultados obtenidos, sobre su experiencia en la accesibilidad de los enlaces de prácticas para compartir sus conocimientos en el área de deglución, según la encuesta realizada durante el mes de enero de 2020.



Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Para esta gráfica se preguntó si sus enlaces de práctica fueron abiertos para compartir conocimientos sobre deglución. La opción de casi siempre obtuvo un 53.6%, esta engloba las opciones de siempre y casi siempre. Por otra parte, con 25.0% para la opción de a veces y por último, para la opción de pocas veces obtuvo 29.5%, esta opción está conformada por las respuestas de pocas veces y nunca. Lo que arroja que la mayoría de los egresados concuerdan que sus enlaces de práctica casi siempre compartían conocimientos sobre deglución, sin embargo, un gran margen no recibieron los conocimientos necesarios por parte de sus enlaces de práctica.

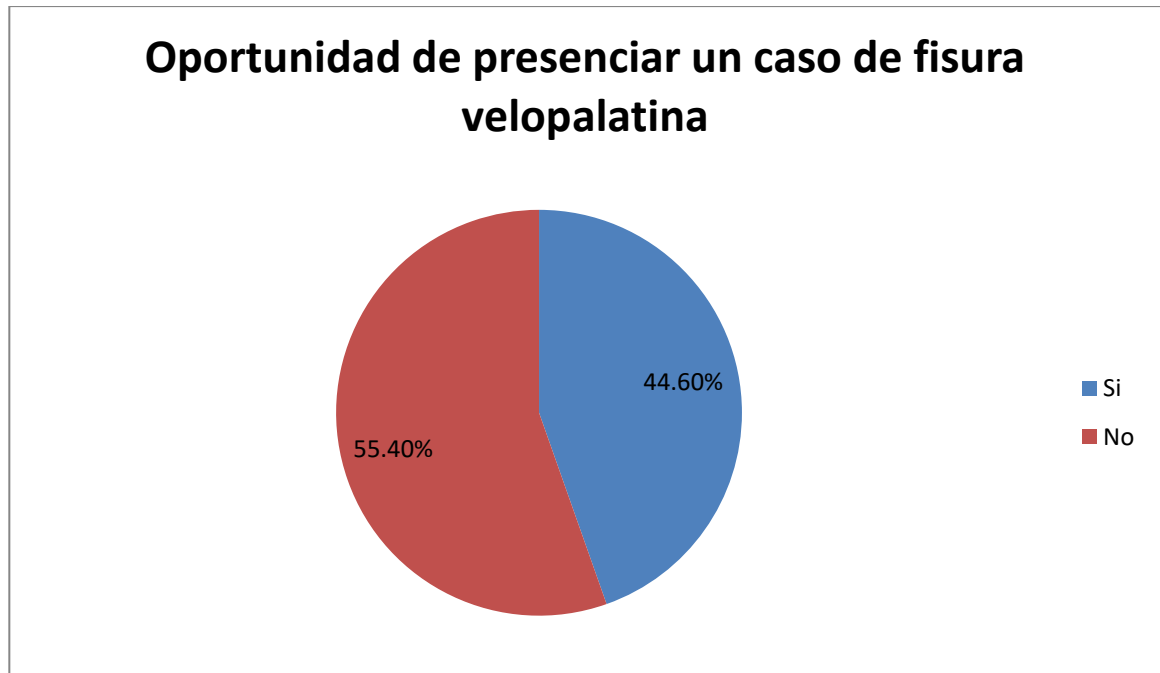
Gráfica N°14 Distribución de los resultados obtenidos, según su experiencia en la observación del proceso de videofluoroscopia durante las prácticas universitarias de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.



Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

En esta gráfica se muestran los resultados a la pregunta si durante su formación presenciaron la realización de una videofluoroscopia dando como resultado un 21,4% sí observaron la realización de este estudio y un 78,6% no observó. Lo que da como resultado que más de la mitad de los participantes no vieron el proceso de cómo realizar una videofluoroscopia durante su formación, lo cual es un tipo de estudio que como futuros profesionales se debe manejar antes del egreso de la licenciatura.

Gráfica N° 15 Distribución de los resultados obtenidos, según la experiencia en el abordaje de pacientes con fisura velo palatina durante las prácticas universitarias de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.

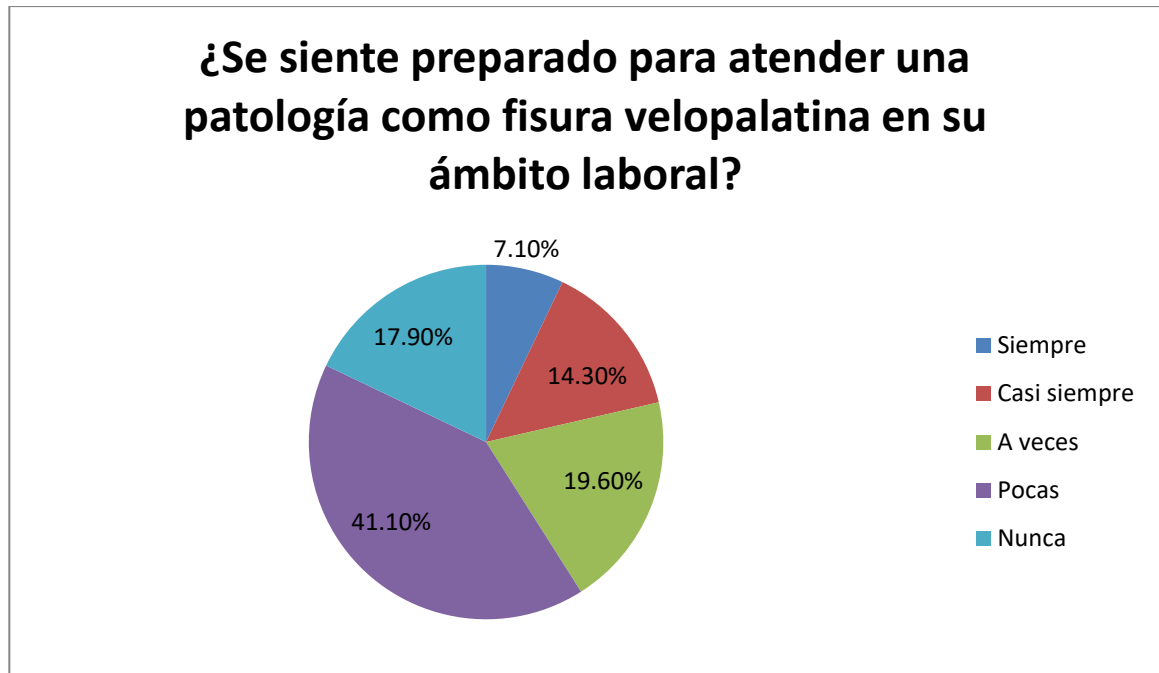


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

La anterior gráfica muestra que un 44.6% sí vio casos de fisura velopalatina y un 55.4% no observaron este tipo de casos, lo que resulta que poco más de la mitad no observaron este tipo de casos.

Esta gráfica ayuda a afianzar los conocimientos y la presentación de casos a los estudiantes durante sus prácticas, a este tipo de alteraciones, ya que es una patología que el fonoaudiólogo ve en su vida laboral.

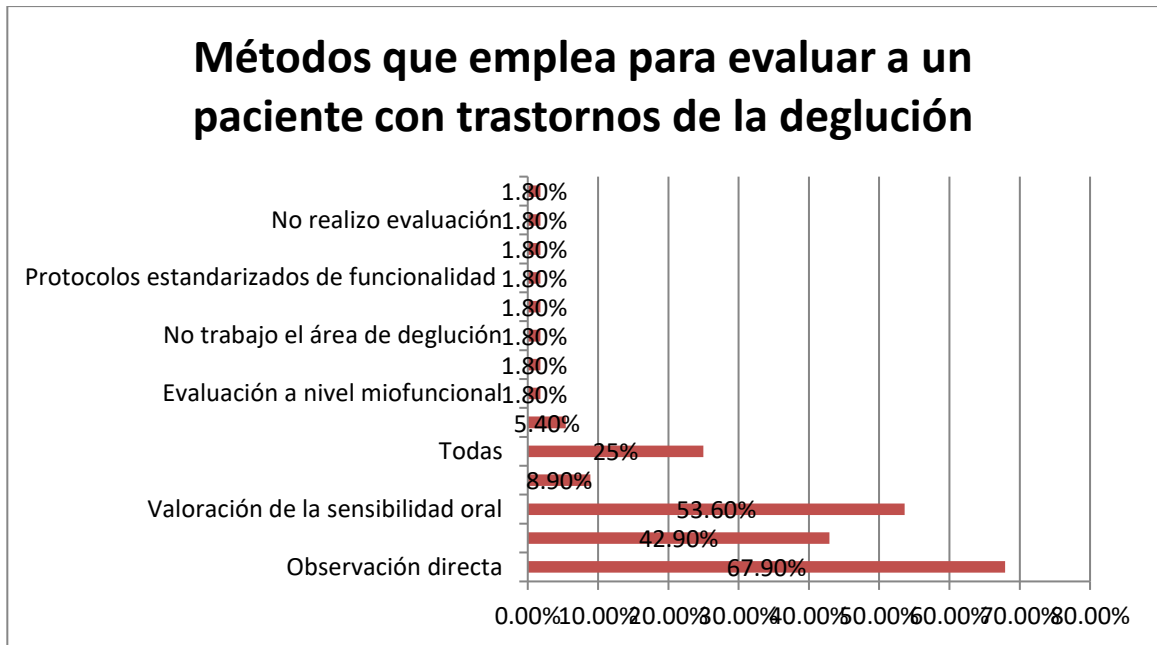
Gráfica N°16 Distribución de los resultados obtenidos, según la percepción para atender usuarios con fisura velopalatina por los egresados, encuestados durante el mes de enero de 2020.



Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Para esta gráfica se preguntó si como egresado se siente preparado para atender pacientes con fisura velopalatina en su ámbito laboral. Para el análisis de los resultados de esta pregunta se agruparon las opciones de siempre y casi siempre y el resultado fue de 21.4%. Por otra parte, para la opción de a veces 19.6% y por último, para las opciones de nunca y pocas veces un 60.7%. Estos resultados son un indicador que más del 60% de los encuestados no se sienten preparados para atender a un paciente con fisura velopalatina.

Gráfica N°17 Distribución de los resultados obtenidos, según los métodos de evaluación empleados en pacientes con trastornos de la deglución de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020

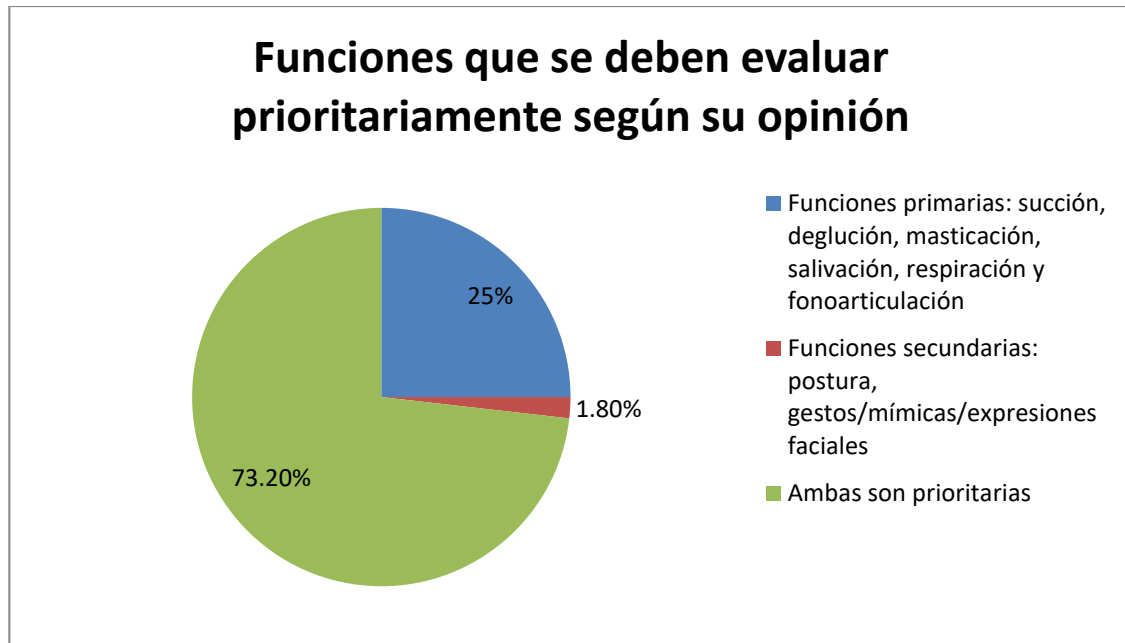


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Para la gráfica presentada anteriormente se muestran los resultados a la pregunta sobre métodos de evaluación para pacientes con trastornos de la deglución, la opción de observación directa obtuvo un 67.9%, palpación con 42,9%, valoración de la sensibilidad con un 53.6%, por videofluoroscopia 8,9%, todas la anteriores un 25.0% y ninguna de las anteriores con 5,4%. Existen otras opciones con 14.4%, de las cuales 1.8% evalúan a nivel miofuncional, 1.8% dependiendo de la patología, 5.4% no ve este tipo de pacientes y el otro 5.4% utilizan protocolos de evaluación. Estos resultados son importantes, ya que permiten conocer qué método implementan los egresados encuestados a la hora de evaluar a pacientes

con alteraciones deglutorias. Es importante destacar el uso de protocolos de evaluación.

Gráfica N°18 Distribución de los resultados obtenidos según, las funciones prioritarias a evaluar en el proceso de la deglución por los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.

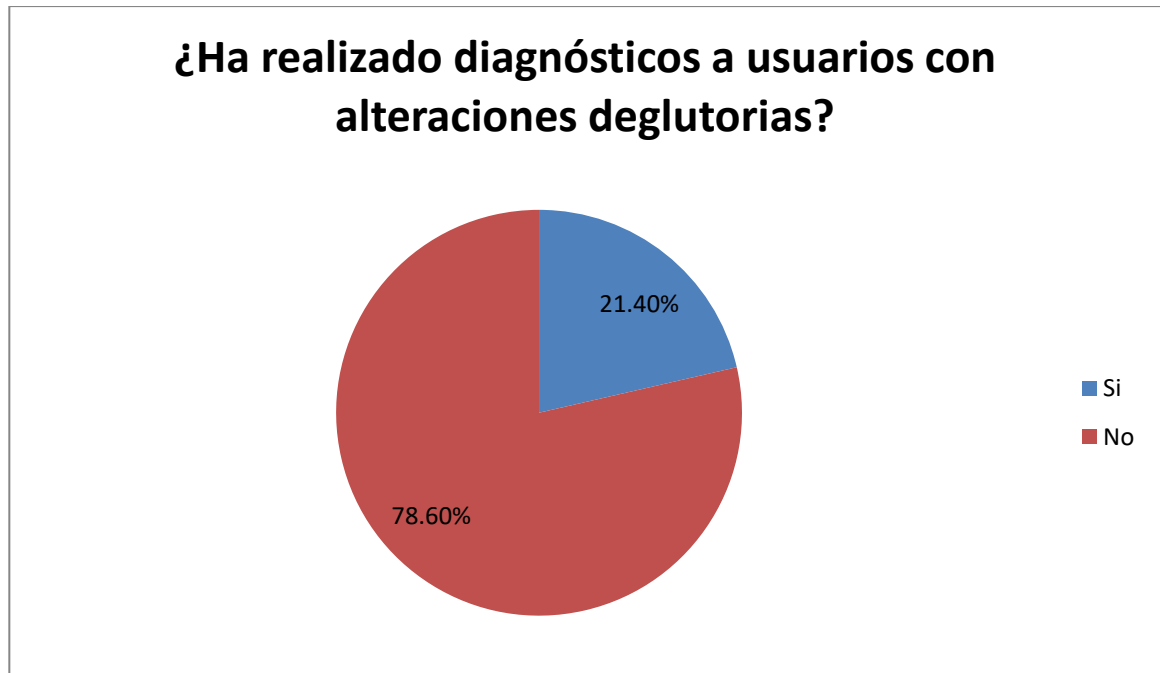


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Se preguntó cuáles funciones eran de prioridad al momento de realizar una evaluación dando como resultado para la opción de funciones primarias un 25.0%, por su parte funciones secundarias con un 1.8% y la última, opción que era para ambas con un 73.2%. Lo que se resume que más del 70% de los participantes evalúan ambas funciones tanto primaria como secundaria, la que representa la opción correcta.

La importancia de estos resultados permite conocer las prioridades de evaluación de las funciones antes mencionadas, para ellos ambas son prioritarias, esto quiere decir que consideran ambas como vitales al momento de la evaluación.

Gráfica N°19 Distribución de los resultados obtenidos, según la realización de diagnóstico a pacientes con alteraciones deglutorias por parte de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.

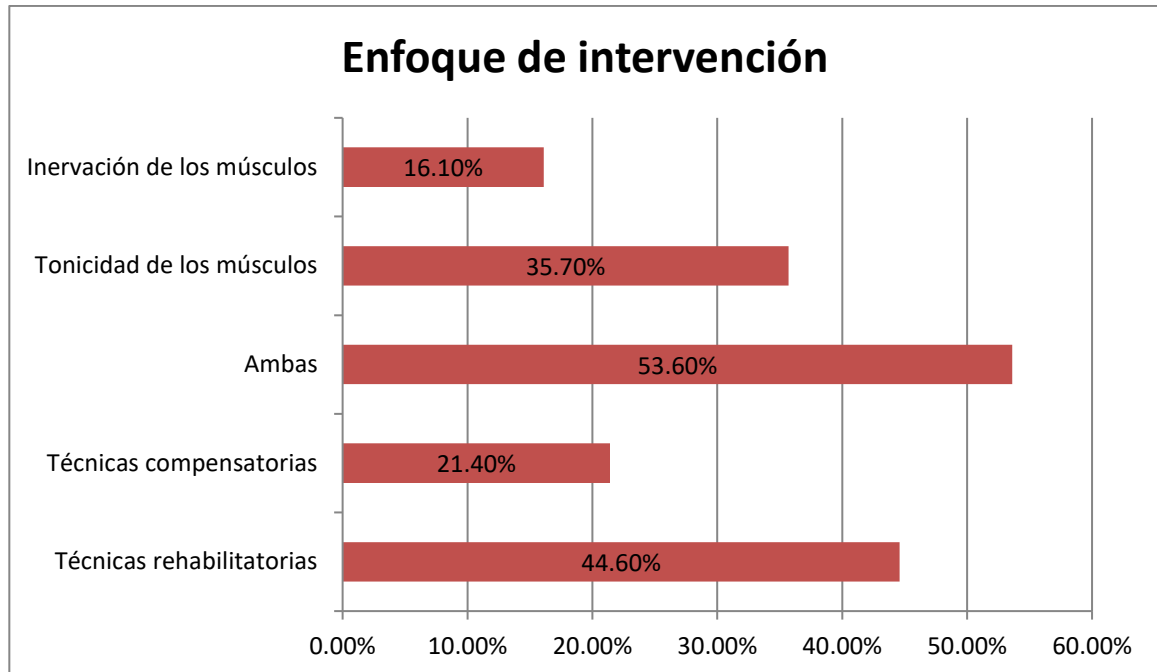


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

La gráfica anterior muestra los resultados a la pregunta sobre si los participantes habían realizado diagnósticos a pacientes con alteraciones deglutorias. Dando como resultado que un 21,4% sí ha hecho un diagnóstico de este tipo, sin embargo un 78,6% no ha realizado este tipo de diagnóstico. Esto quiere decir que los participantes no han realizado un diagnóstico a pacientes con alteraciones deglutorias en su gran mayoría.

Estos resultados son importantes, porque dan luces de cuantos de los encuestados han diagnosticado estos pacientes en lo que llevan en el mercado laboral.

Gráfica N°20 Distribución de los resultados obtenidos, según el enfoque de intervención de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.

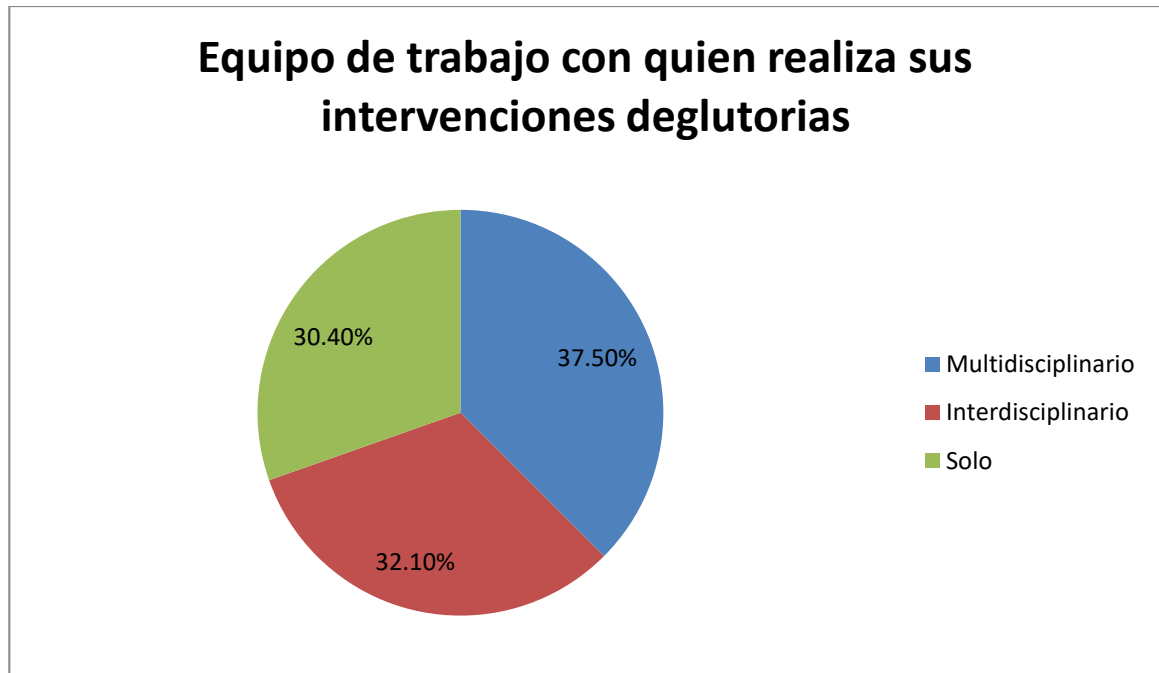


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Esta gráfica muestra los diferentes enfoques de intervención que utilizan los participantes. Un 44.6% utilizan técnicas rehabilitadoras, otro 21,4% utiliza técnicas compensatorias, el 53.6% utiliza ambas, un 35.7% su enfoque es en la tonicidad de los músculos y el 16.1% restante sobre la inervación de los músculos.

La importancia de estos resultados es que permiten conocer el enfoque más utilizado por los profesionales hacia sus pacientes, también podemos observar que tan actualizados son los enfoques utilizados por los profesionales.

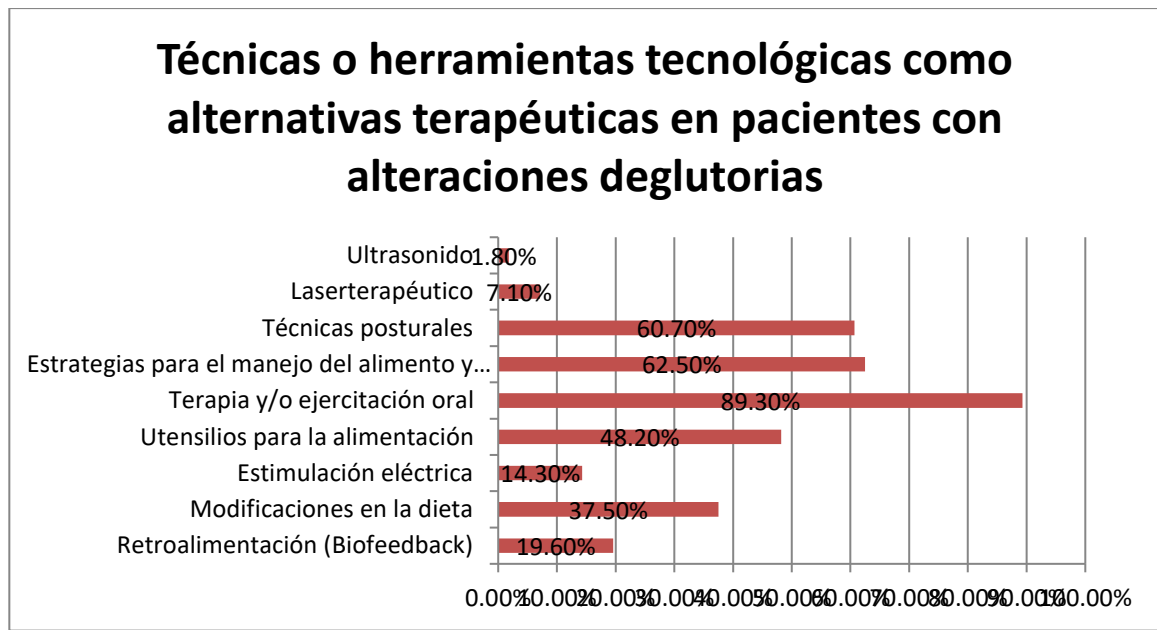
Gráfica N°21 Distribución de los resultados obtenidos, según las intervenciones realizadas con equipos de trabajo por parte de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.



Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Se consultó a los participantes que equipos utilizaban al momento de intervenir pacientes con alteraciones deglutorias, dando como resultado un 37.5% equipos multidisciplinarios, el 32.1% con equipos interdisciplinarios y el otro 30.4% realizan su intervención solos. Esto quiere decir que está distribuida casi equitativamente la respuesta solo con un leve aumento al enfoque con equipos multidisciplinarios. La mayoría se apoya en otros profesionales para lograr un avance significativo, adecuado y global de sus pacientes.

Gráfica N°22 Distribución de los resultados obtenidos, según la utilización de técnicas o herramientas tecnológicas de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.

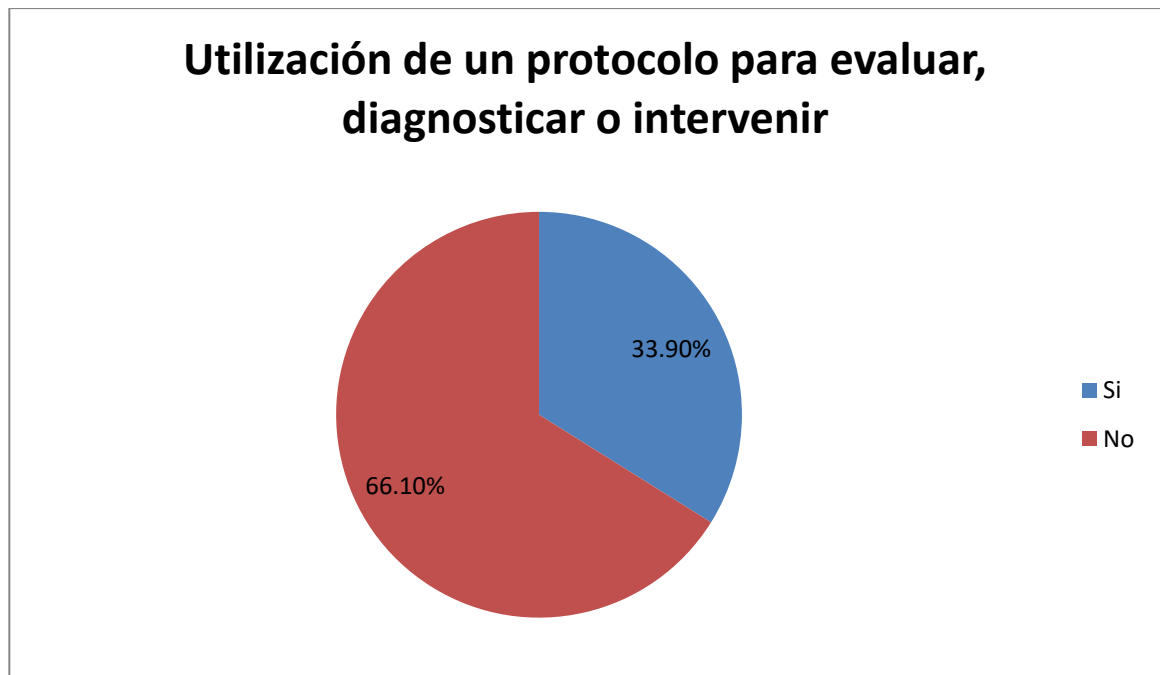


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Los consultados respondieron que utilizan en un 19,6% retroalimentación, otro 37.5% modificaciones de dieta, por otra parte un 14.3% utiliza estimulación eléctrica, el 48.2% utensilios para la alimentación, la terapia o ejercitación oral motora el 89,3%, el 62.5% estrategias, con las técnicas posturales un 60.7% la utiliza, el láser terapéutico un 7.1% y solo un 1,8% ultrasonido. Esto significa que la técnica más utilizada es la de ejercitación oral motora y la herramienta tecnológica más utilizada es la estimulación eléctrica.

Estos resultados son importantes, ya que permiten conocer las técnicas y herramientas que son más utilizadas por los profesionales encuestados y también qué tan actualizados están estos en las nuevas tecnologías y avances que se dan en fonoaudiología.

Gráfica N°23 Distribución de los resultados obtenidos, según la utilización de protocolo para evaluar o intervenir trastornos de la deglución por parte de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.

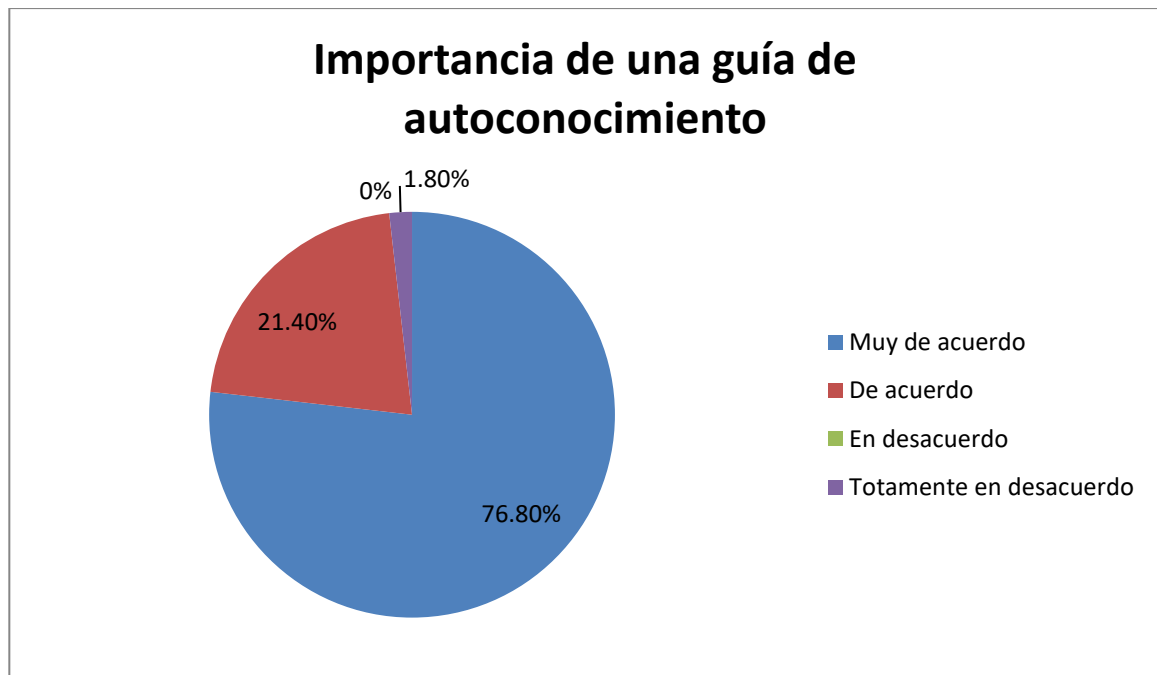


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Los participantes respondieron en un 33.9% que sí utilizan un protocolo específico para evaluar, diagnosticar e intervenir trastornos de la deglución, mientras que el 66.1% no utiliza un solo protocolo.

Estos resultados permiten conocer cuántos utilizan protocolos para evaluar a pacientes con alteraciones deglutorias y cuantos no lo utilizan. Además muestra la necesidad de un protocolo actualizado para acceder al momento de brindar la atención a este tipo de pacientes.

Gráfica N° 24 Distribución de los resultados obtenidos, según la necesidad de crear una guía de conocimientos en deglución por parte de los egresados encuestados, durante el mes de Enero de 2020.

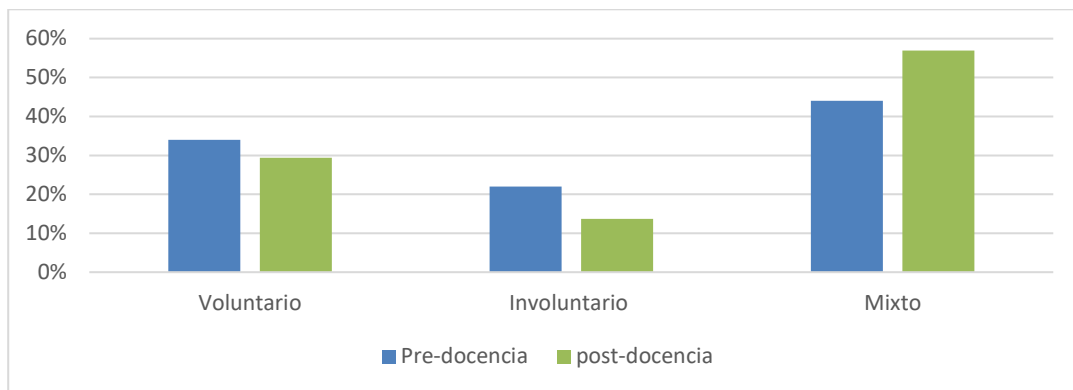


Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la encuesta aplicada a los egresados de la licenciatura en fonoaudiología promociones del 2015 al 2019, a través de la plataforma Google Forms, en el mes de enero 2021.

Se consultó con los participantes que respondieron la encuesta si consideraban que se debía crear una guía para la evaluación e intervención de trastornos de la deglución y un 98.2% están muy de acuerdo, esto agrupando las opciones de muy de acuerdo y de acuerdo, mientras que 1.8% consideró que no están de acuerdo con la creación de la guía, este porcentaje abarca las opciones de en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Lo que indica que la gran mayoría está de acuerdo que haya una guía de conocimientos en deglución.

La importancia de estos resultados refleja la necesidad que tienen los egresados para que sea creada una guía de conocimientos generales en el área de deglución.

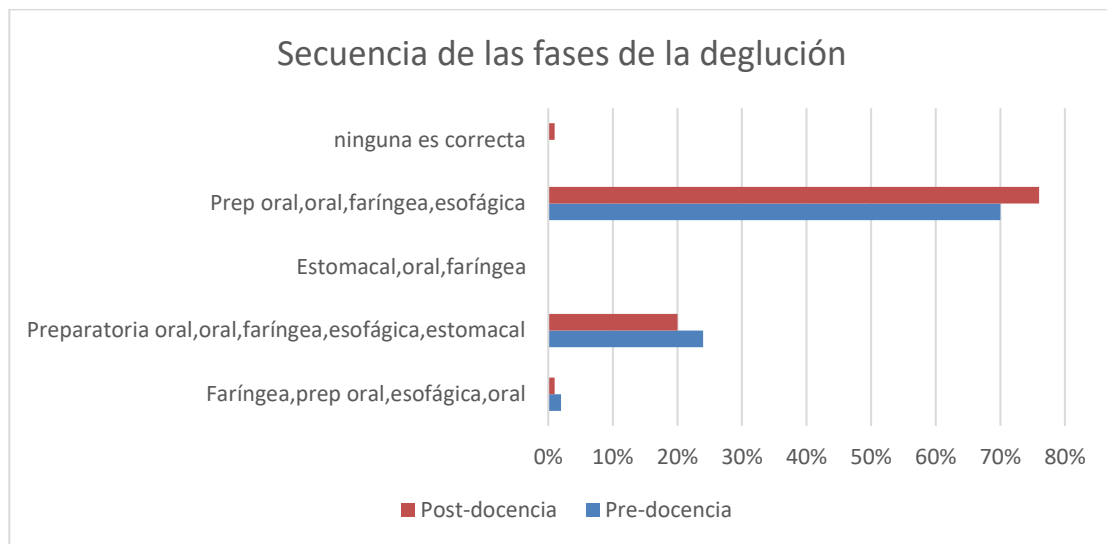
Gráfica N° 25 Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre la forma en cómo se desencadena el proceso deglutorio, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.



Fuente: Resultados obtenidos en las encuestas pre y post docencia de conocimientos generales en el área de deglución que se realizó a estudiantes de VI y VIII semestre de la licenciatura en fonoaudiología con la ayuda de la plataforma Google forms.

Esta gráfica muestra una comparación entre la percepción de cómo los estudiantes consideraban el proceso deglutorio antes de la docencia, el 44% de los estudiantes en la pre-docencia consideraban este proceso como mixto, que es la opción correcta, el otro 56% lo consideraban como voluntario e involuntario. Posterior a la docencia, aumentó a 56.9% que el proceso es mixto y las respuestas de voluntario e involuntario fueron 43.1% lo que nos indica que la misma fue de beneficio para los estudiantes. Estos resultados son importantes, ya que dan una noción de cómo está el conocimiento de los estudiantes de ambos semestres.

Gráfica N°26 Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre el conocimiento de las fases de la deglución, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.

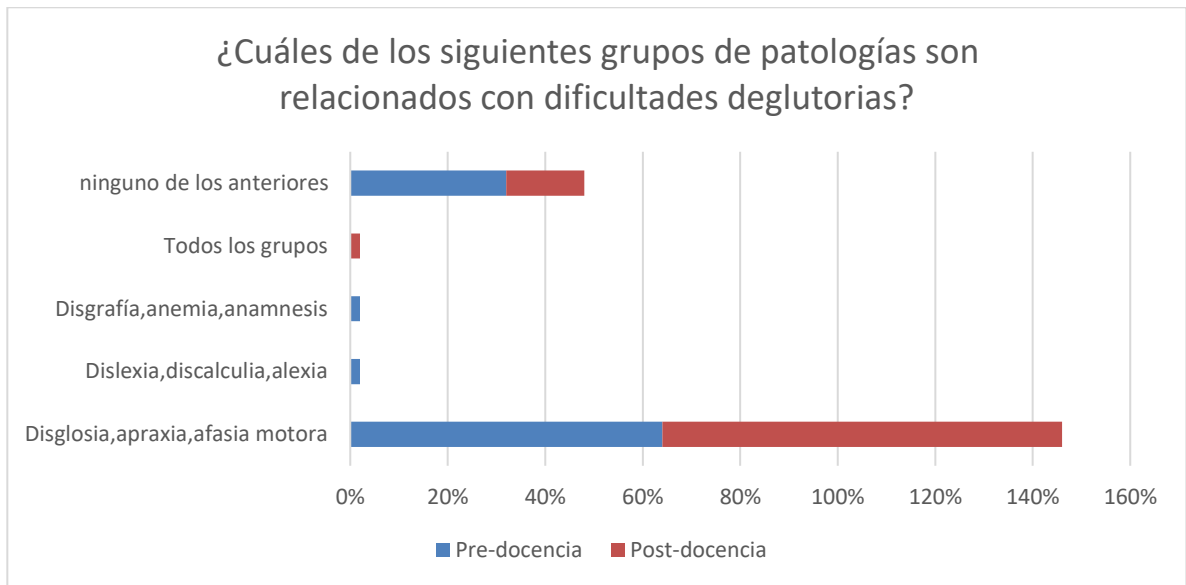


Fuente: Resultados obtenidos en las encuestas pre y post docencia de Conocimientos Generales en el Área de Deglución que se realizó a estudiantes de VI y VIII semestre de la Licenciatura en Fonoaudiología con la ayuda de la plataforma Google Forms.

La interpretación de los datos para esta gráfica muestra que en la pre docencia el 70% de los estudiantes acertó la respuesta y el 30% eligieron la respuesta incorrecta. Tras la docencia hubo un aumento del 6% en la opción correcta, dando como resultado un 76% y en las opciones incorrectas 24%.

Lo que nos indica que la docencia fue de ayuda para los estudiantes a la hora de resolver dudas sobre el área de deglución. Los resultados de esta pregunta ayudan a medir indirectamente el conocimiento actual por parte de los estudiantes en cuanto a fases de deglución se refiere.

Gráfica N°27 Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre el conocimiento de las de patologías relacionadas con dificultades deglutorias, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.

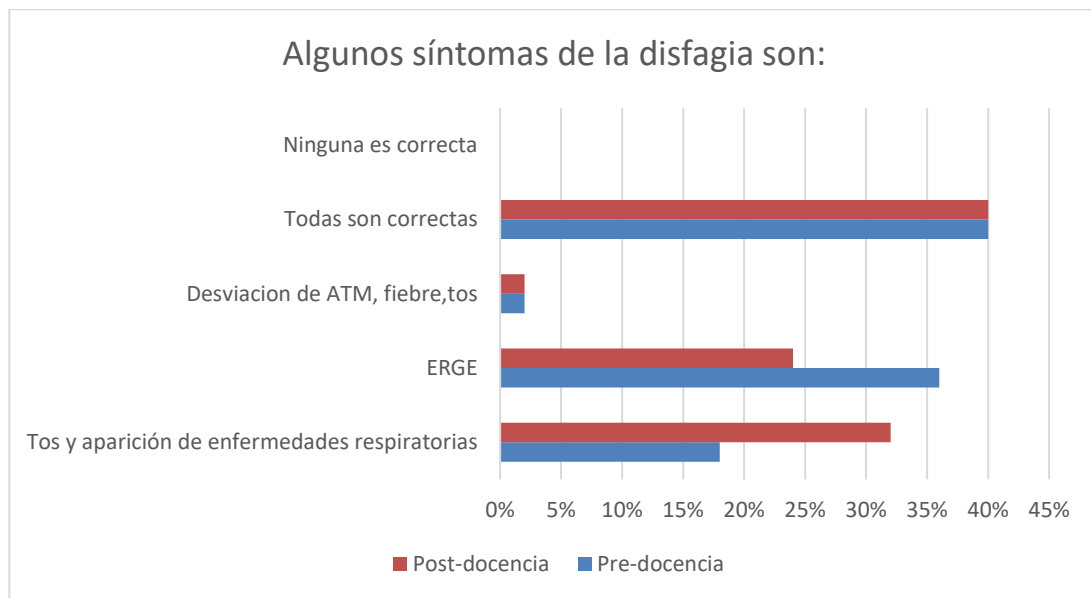


Fuente: Resultados obtenidos en las encuestas pre y post docencia de Conocimientos Generales en el Área de Deglución que se realizó a estudiantes de VI y VIII semestre de la Licenciatura en Fonoaudiología con la ayuda de la plataforma Google Forms.

Este cuadro muestra las patologías que se relacionan con dificultades en el proceso de deglución en la encuesta realizada antes de la docencia la opción con 64% es la respuesta correcta lo que nos indica que gran parte de los estudiantes conocen acerca del tema, sin embargo un 36% eligieron las respuestas incorrectas. Posteriormente a la docencia, aumentó la respuesta correcta a un 82% y las incorrectas disminuyeron a un 18%.

La importancia de estos resultados es que permite medir los conocimientos de los estudiantes encuestados al momento de relacionar patologías que están relacionadas con dificultades deglutorias.

Gráfica N°28 Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre el conocimiento de los síntomas de la disfagia, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.

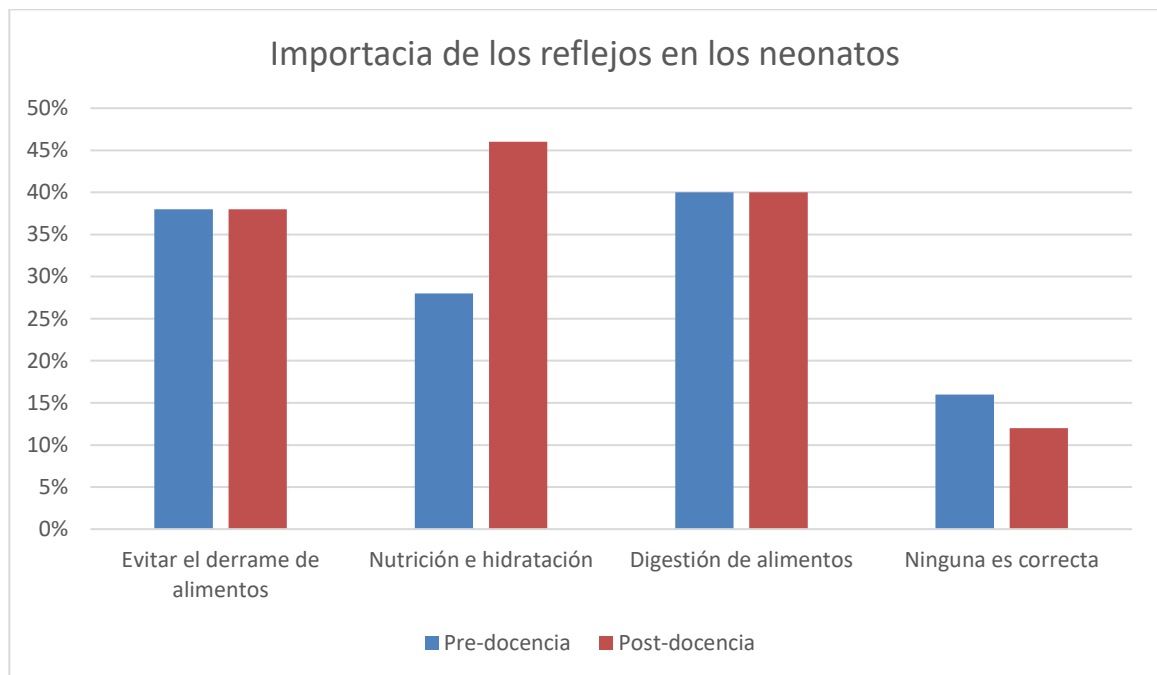


Fuente: Resultados obtenidos en las encuestas pre y post docencia de conocimientos generales en el área de deglución que se realizó a estudiantes de VI y VIII semestre de la licenciatura en fonoaudiología con la ayuda de la plataforma Google forms.

La gráfica comparativa nos muestra que en la encuesta pre docencia la respuesta correcta tuvo un 18% de aciertos y en la post docencia aumentó considerablemente a un 32%

Son importantes estos datos, ya que muestran las competencias adquiridas tras la docencia al igual que los conocimientos a largo plazo que se adquirieron durante la cátedra y durante la carrera.

Gráfica N°29 Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre el conocimiento de la importancia de los reflejos en los neonatos, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.

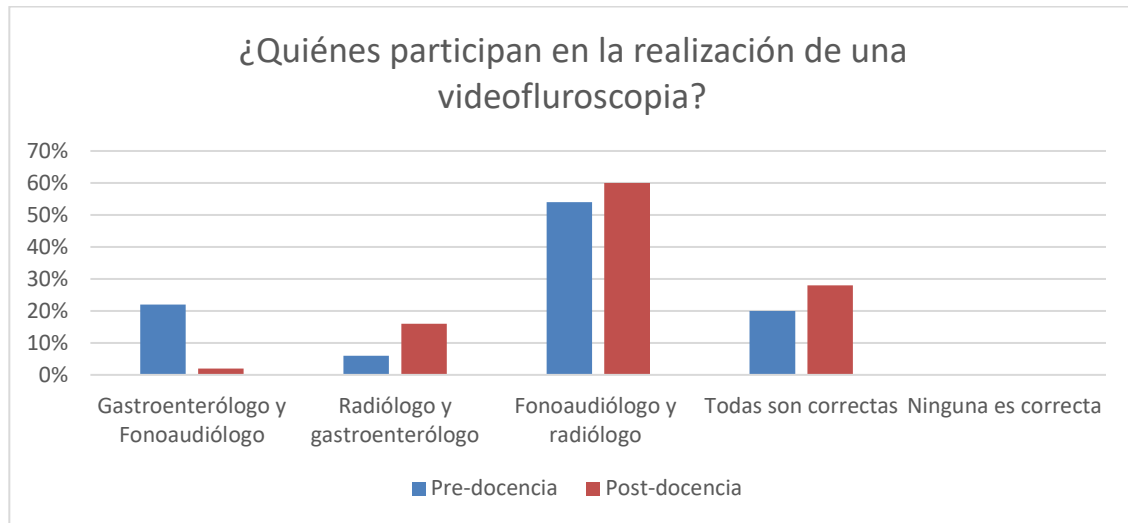


Fuente: Resultados obtenidos en las encuestas pre y post docencia de conocimientos generales en el área de deglución que se realizó a estudiantes de VI y VIII semestre de la licenciatura en fonoaudiología con la ayuda de la plataforma Google forms.

Los resultados obtenidos durante la pre-docencia fueron en la opción de nutrición e hidratación, que es la opción correcta de 28%. En la encuesta post-docencia los resultados fueron de 46%. Esto quiere decir que la opción correcta tuvo mayores aciertos.

La importancia de estos resultados es que ayudan a los directivos de la carrera a ampliar la percepción de cómo se está preparando a los estudiantes de la carrera.

Gráfica N°30 Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre el conocimiento de los especialistas que deben participar en la realización de una videofluoroscopia, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.

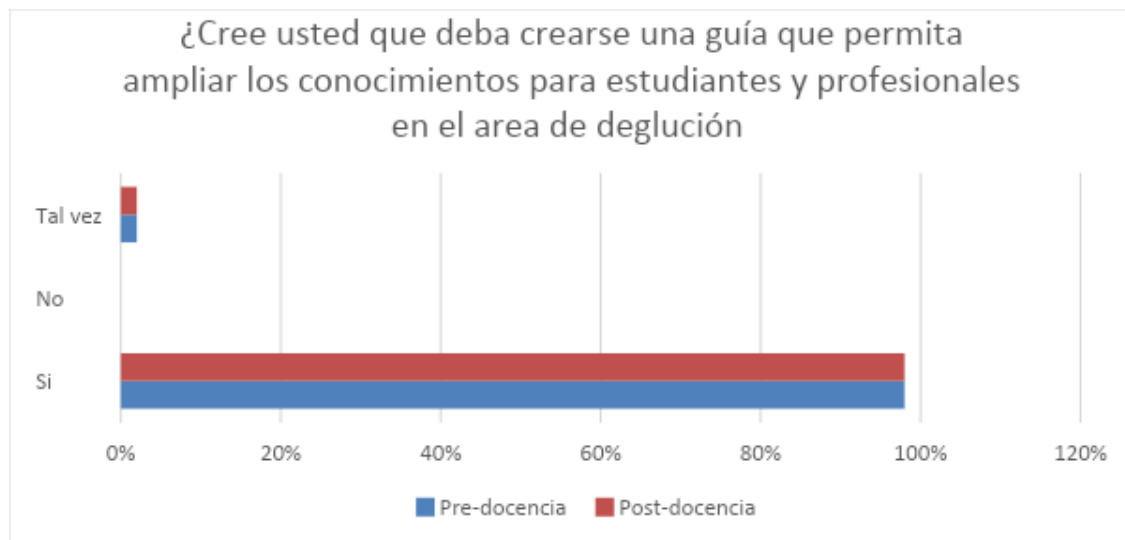


Fuente: Resultados obtenidos en las encuestas pre y post docencia de conocimientos generales en el área de deglución que se realizó a estudiantes de VI y VIII semestre de la licenciatura en fonoaudiología con la ayuda de la plataforma Google forms.

Esta gráfica muestra la comparación entre los resultados obtenidos en el pre y post encuesta. Antes de la docencia los resultados fueron para la opción correcta 54%, mientras que la suma de las respuestas incorrectas da un 48%. Tras la docencia los estudiantes tuvieron un mayor acierto de 60%, bajando a un 46% el número de respuestas incorrectas.

Esto permite medir el conocimiento de los encuestados para saber si manejan la terminología y los profesionales que participan en la realización de este estudio.

Gráfica N°31 Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre su opinión de la creación de una guía de auto consulta en el área de deglución, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.



Fuente: Resultados obtenidos en las encuestas pre y post docencia de conocimientos generales en el área de deglución que se realizó a estudiantes de VI y VIII semestre de la licenciatura en fonoaudiología con la ayuda de la plataforma Google forms.

Este gráfico muestra la necesidad que tienen los estudiantes sobre la creación de una guía de conocimientos en deglución como muestra la gráfica en la opción uno se obtiene un 98% en ambas encuestas, la opción dos no obtuvo porcentaje en ninguna de las dos encuestas y la tercera y última opción un 2% en ambas encuestas. Esto quiere decir que es indispensable que exista una guía de conocimientos básicos en deglución no solo para estudiantes, sino también para profesionales ya egresados.

Cuadro N°4 Análisis comparativo de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre sus competencias en el área de la deglución, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.

Gráfica	Opción correcta	Porcentaje obtenido en el pre-test	Porcentaje obtenido en el post-test	Incremento %	Disminución %
26	Opción C	44%	56.9%	16.68%	-
27	Opción D	70%	76%	6.51%	-
28	Opción B	64%	82%	23.06%	-
29	Opción A	18%	32%	24.89%	-
30	Opción B	28%	46%	29.57%	-
31	Opción C	54%	60%	6.67%	-

Fuente: Resultados obtenidos en las encuestas pre y post docencia de conocimientos generales en el área de deglución que se realizó a estudiantes de VI y VIII semestre de la licenciatura en fonoaudiología con la ayuda de la plataforma Google forms.

Este cuadro muestra los resultados obtenidos en las encuestas pre y post docencia con sus respectivas opciones correctas. Además, el incremento o disminución que tuvieron los estudiantes después de realizada la misma. Estos resultados son importantes, ya que permiten observar el beneficio que obtuvieron los estudiantes luego de la capacitación. En una media de todos los resultados obtenidos podemos decir que el incremento general fue de 17.90%.

CONCLUSIONES

El presente proyecto se basó en identificar las competencias en el área de deglución de estudiantes de VI y VIII semestre de la Licenciatura en Fonoaudiología a través de una encuesta de conocimientos generales, realizar encuestas a egresados para determinar su percepción durante la formación universitaria, conocer sus experiencias académicas y laborales, realizar docencias para orientar a dichos estudiantes sobre los conocimientos generales del área de deglución, y por último, desarrollar una guía clínica sobre competencias básicas del área de deglución que sirva de auto consulta para estudiantes y egresados.

Durante el programa se alcanzaron los siguientes objetivos propuestos:

El primer objetivo era crear una guía de auto consulta para estudiantes y profesionales de fonoaudiología sobre competencias básicas en el área de la deglución, basadas evidencias científicas, la misma fue desarrollada con éxito, está disponible para cualquier consulta y se le hará llegar a todos los participantes de las encuestas.

El segundo objetivo era identificar las competencias en el área de deglución en los estudiantes de fonoaudiología que cursan actualmente el VI semestre y VIII semestre, se logró encuestar a 50 estudiantes de ambos semestres lo que nos ayudó a determinar el nivel de conocimientos en el área de deglución.

El tercer objetivo era orientar a los estudiantes que cursan dichos niveles sobre los conocimientos en el área de deglución que resulten deficientes, esto se realizó con la ayuda de dos docencias y se realizó una encuesta post docencia en la cual los resultados fueron mejores y hubo mayor cantidad de aciertos.

El cuarto objetivo era analizar la percepción de los participantes, en relación a los posibles factores durante su etapa universitaria, que puedan incidir en la adquisición de las competencias necesarias para su desempeño laboral actual o futuro, podemos mencionar en cuanto a nivel de competencias para evaluar trastornos de deglución en una escala del 1 al 10 los siguientes resultados: 1.8% de los participantes lo calificaron en un nivel 1, en nivel 2 el 5.4% de los egresados, en 3 el 7.1%, en nivel 4 el 12.5%, el 32.1% de los egresados creen que su nivel de competencias fue un 5, en 6 el 8.9% de los participantes, en una escala de 7 el 21.4%, el 8.9% de los participantes lo calificaron como un 8, el 1.8% como un 9 y por último, ninguno lo calificó como un 10. En cuanto a preparación universitaria para diagnosticar trastornos de deglución en una escala del 1 al 10 los siguientes resultados: 1.8% de los participantes lo calificaron en un nivel 1, en nivel 2 el 1.8 de los egresados, en 3 el 8.9%, en nivel 4 el 16.1%, el 28.6% de los egresados creen que su nivel de competencias fue un 5, en 6 el 12.5% de los participantes, en una escala de 7 el 19.6%, el 8.9% de los participantes lo calificaron como un 8, el 1.8% como un 9 y por último, ninguno lo calificó como un 10. En competencias a nivel de intervenir trastornos de la deglución los egresados calificaron de la siguiente manera: en escala 1 el 0%, el 3.6% de los egresados lo calificaron en nivel 2, el 3 el 3.6%, en nivel 4 el 17.9% de los egresados, el nivel 5 el 25%, en 17.9% de los participantes en una escala de 6, en un nivel 7 el 19.6%, como un 8 en 12.5% de los egresados y por último 0% en una escala de 9 y 10.

El quinto objetivo era describir la experiencia académica y laboral de los egresados del último quinquenio (2015-2019), en cuanto a nivel académico según la encuesta a egresados pudimos identificar que el 44% pocas veces pudieron evaluar e intervenir pacientes con dificultades en la deglución durante su proceso universitario, también pudimos ver que el 78.6% nunca tuvo la oportunidad de presenciar una videofluoroscopia, el 55.4% de los casos nunca presenció una

fisura palatina. Por otro lado, en cuanto a experiencia laboral, el 41.1% pocas veces se sienten preparados para atender un patología como fisura palatina y el 78.6% no han realizado diagnósticos a usuarios con alteraciones deglutorias.

El sexto objetivo era identificar las técnicas y tratamientos utilizados por los fonoaudiólogos egresados, para abordar en esta área de la fonoaudiología, el 19.6% de los egresados utilizan la técnica de retroalimentación, el 37.5% realizan modificaciones en la dieta, el 14.3% utilizan la estimulación eléctrica, el 48.2% utilizan utensilios para la alimentación, el 89.3% realizan terapias y/o ejercitación oral motora, el 62.5% de los egresados implementan estrategias para el manejo del alimento y modificaciones durante la ingesta, el 60.7 de los profesiones realizan técnicas posturales, solo el 7.1% de los profesionales utilizan el láser terapéutico, y por último, solo 1.8% de los fonoaudiólogos utilizan ultrasonido.

Con los resultados presentados podemos llegar a la conclusión que se puede mejorar la formación universitaria de la Licenciatura en Fonoaudiología en el área de deglución para que con ello salgan profesionales familiarizados en patologías de la deglución y puedan intervenir de la mejor manera a estos usuarios.

RECOMENDACIONES

- Dar más asignaturas sobre el área de deglución durante la formación universitaria de la licenciatura en fonoaudiología.
- Ir a más lugares de práctica en los que se puedan ver patologías que alteran la deglución.
- Proporcionar más información sobre evaluación, diagnóstico e intervención de patologías que alteran la deglución.
- Realizar docencias, seminarios o capacitaciones sobre las técnicas o herramientas tecnológicas más actualizadas para intervenir.
- Brindarle acceso a los estudiantes a libros, artículos, revistas, etc. en el área de deglución basados en evidencias científicas.
- Utilizar guías clínicas basadas en evidencias científicas en conocimientos generales del área de deglución.
- Creación de una maestría o diplomado en el área de deglución.

LIMITACIONES

- Dificultad para ir a lugares de práctica debido al virus COVID-19.
- Dificultad para conseguir los nombres y contactos de los egresados del último quinquenio en la Licenciatura en Fonoaudiología.

- Poca colaboración en las encuestas presentadas tanto a egresados como estudiantes de la Licenciatura en Fonoaudiología.

Referencias Bibliográficas e Infografía

- Acosta, M. (2007). Síndrome de Guillain-Barre. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 15-18.
- Alzheimer 's Association. (2018). ¿Qué es la demencia? *Alzheimer´s Association*.
- Association, A. (2018). ¿Qué es la demencia? *Alzheimer´s Association*.
- B Cano del Águila, R. O. (Junio,2017). Síndrome de Prader-Willi: diagnóstico en el periodo neonatal. *Rev Pediatr Aten Primaria Vol 19*.
- Baena González, M., & Guillermo, M. (Mayo-Junio de 2016). *Scielo*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2020, de Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000300034#:~:text=El%2084%25%20de%20los%20pacientes,instituci onalizados%20o%20ancianos%20\(3\).&text=La%20disfagia%20es%20un%20pro blema,nutricionales%20que%20genera%20\(1\).](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000300034#:~:text=El%2084%25%20de%20los%20pacientes,instituci onalizados%20o%20ancianos%20(3).&text=La%20disfagia%20es%20un%20pro blema,nutricionales%20que%20genera%20(1).)
- Caicedo, C., Guzmán, Y., Obando, Y., Perlaza, L., & Portilla, K. (2010). *Procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea, que realizan los fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca, que laboran en la ciudad de Popayán, en el primer periodo de 2010*. Recuperado el 21 de Octubre de 2020, de Repositorio Universidad del Cauca: <http://repositorio.unicauca.edu.co:8080/handle/123456789/619>
- Campdelacreu, J. (9 de diciembre de 2014). *ScienceDirect*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2020, de Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo ambientales: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485312001090>
- Chaná, D. P. (2010). *Enfermedad de Parkinson*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020, de Cetram: <https://cetram.org/wp/wp-content/uploads/2013/11/libroPark.pdf>
- Chávez-León, E., Ontiveros, M., & Carrillo-Ruiz, J. (Julio/Agosto de 2013). *La enfermedad de Parkinson: neurología para psiquiatras*. Recuperado el 09 de Noviembre de 2020, de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400006
- Clari, S. B. (2005). *Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados*. Valencia, España: Nau Llibres.

- Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. (2018). *Evolución histórica del concepto y criterios*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020, de Scielo: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a04v81n4.pdf>
- Diana Oviedo, G. B. (2016). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer: Revisión de conceptos. *Repositorio INDICASAT AIP*, p.4.
- Diez, C. (Abril-Junio, 2010). Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *ScienceDirect*, 70-76.
- Faculti, L. H. (2012). Evaluación y tratamiento de las. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 9-10.
- Fuentes, E. (14 de 11 de 2013). *Percepción del logro de las habilidades fonoaudiológicas y del requerimiento del mercado laboral al egreso de Fonoaudiólogos de la Universidad de Chile*. Recuperado el 21 de 10 de 2020, de Revista chilena de fonoaudiología: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/29710>
- G.a.Suarez. (Nov,2015). Miastenia Gravis: Diagnóstico y Tratamiento. *Médicos Ecuador*, 1.
- Huang, J. (Febrero de 2019). *Manual MSD*. Recuperado el 14 de noviembre de 2020, de Apraxia: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neuro%C3%B3gicos/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-de-los-l%C3%Bbulos-cerebrales/apraxia>
- Hurtado, F., Cardenas, M., Cardenas, F., & León, L. (25 de agosto de 2016). *La Enfermedad de Parkinson: Etiología*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020, de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15nspe5/v15nspe5a12.pdf>
- Jiménez, J. (2016). Importancia de las maloclusiones en deglución atípica. *Revista Odontología Sanmariquina*, 42.
- José Luis Bacco R, F. A. (2016). Trastornos de la alimentación y deglución en niños con parálisis cerebral: presencia y severidad. *Rehabilitación integral*, 15-24.
- Mamolar, S., Santamarina, M., Granda, C., Fernández, M., Rodríguez, P., & Álvarez, C. (enero-febrero de 2017). *Elsevier*. Recuperado el 11 de noviembre de 2020, de Trastornos de la deglución en la enfermedad de Parkinson: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-trastornos-deglucion-enfermedad-parkinson-S0001651916300103#:~:text=La%20enfermedad%20de%20Parkinson%20es,y%20seguridad%20en%20la%20degluci%C3%B3n>.
- Nava, A. (noviembre, 2009). Abordaje en el diagnóstico diferencial de miopatías inflamatorias. *Sociedad Española de Reumatología*, 32-34.

- Nilton Custodio, R. M. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 235-249.
- Oviedo, D., Britton, G., & Villar, A. (2016). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer: Revisión de conceptos. *Repositorio INDICASAT AIP*, p.4.
- Palacios, J., Baeza, D., & Narvaez, L. (2020). *Repositorio de la Universidad Santiago de Chile*. Obtenido de Repositorio de la Universidad Santiago de Chile: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/2975/1/Capitulo%201.pdf>
- Prieto Alvarado, A. (13 de 3 de 2020). *Nivel de conocimiento y actitud sobre los trastornos de los sonidos del habla de tipo fonético en alumnos de posgrado de estomatología de una universidad privada*. Recuperado el 21 de 10 de 2020, de Repositorio Universidad Inca Garcilaso de la Vega: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5118>
- Ramírez, c. (agosto, 2019). Abordaje nutricional en pacientes con parálisis cerebral, espectro autista, síndrome de Down: un enfoque integral. *Scielo*.
- Rev Mex Neuroci. (2015). Enfermedad de Huntington variedad Westphal: Reporte de caso. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 52-57.
- Rocío del Pilar Glaría López, L. A. (2016). Evaluación del currículum por estudiantes de Fonoaudiología de la Universidad de Concepción, Chile. *SciELO*, 3.
- Rodríguez, M., Vaamonde, P., González, T., Quintana, A., & González, M. (2018). Disfagia Orofaringea: Actualización y Manejo en Poblaciones Específicas. *Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial*, 27-29.
- Rojas, A. (30 de 11 de 2012). *Impacto laboral del egresado del Programa de Fonoaudiología en la Fundación Universitaria María Cano, Medellín*. Recuperado el 21 de 10 de 2020, de Revista Areté: <https://revistas.iberu.edu.co/index.php/arete/article/view/369>
- SENADIS. (2006). *Primera Encuesta de Discapacidad*. Panamá: Editorial de Ciencias Sociales.
- Solinas, R. (2018). Trabajo de Fin de Grado Revisión Sistemática de la Disfagia en la Parálisis Cerebral. Universidad de Valladolid Facultad de Medicina Grado en Logopedia.
- Vásquez, D. R. (2004). James Parkinson (1755 – 1824) y su parálisis agitante. *Revista ecuatoriana de neurología*.
- Yániz, C., & Villardón, L. (2016). Modalidades de evaluación de competencias genéricas en la formación universitaria. *Revista de la Universidad de México*, 15-19.

Cámpora, Horacio y Falduti, Alejandra (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 12 (3), 98-107. [Fecha de Consulta 16 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1852-1630. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3821/38213839>

ANEXOS

ANEXO N°1
EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA
PROFESIONAL

ANEXO N°2
CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenas, un saludo cordial de parte de María Jiménez y Ruth Morán quienes somos estudiantes de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Universidad Especializada de las Américas, Panamá sede. Estamos realizando un estudio titulado: “ **Proyecto de conocimientos adquiridos en el área de deglución dirigido a los egresados de la Licenciatura en Fonoaudiología en el último quinquenio**”.

A continuación se detalla sobre el proyecto y cómo ser partícipe del mismo.

Este proyecto abarca el área de deglución como campo de estudio, con el fin de dar a conocer el nivel que alcanzaron los estudiantes egresados en lo que a deglución compete.

La participación en este proyecto es voluntaria. Usted puede elegir o no hacerlo, si desea formar parte este proyecto se detalla a continuación información necesaria para su conocimiento.

Descripción del proceso

Se enviará un enlace para que luego de acceder al mismo, se proceda a llenar la encuesta correspondiente.

Duración:

La duración del proceso será breve, se dará un lapso de tiempo para el envío de la encuesta correspondiente.

Beneficios

Al ser partícipe de este proyecto usted estará contribuyendo al fortalecimiento y enriquecimiento de la formación de los estudiantes en lo que a deglución se refiere y a su vez a la carrera.

Confidencialidad

En el momento que usted elija participar del proyecto y firmar este consentimiento, nos comprometemos a no divulgar ningún tipo de información o resultados que provenga de este estudio. Para así garantizar el anonimato de todos los participantes que opten por participar de este proyecto.

Derecho a no participar o retirarse

Usted podrá dejar de participar en el proyecto siempre y cuando usted lo desee, si en algún momento de la realización de la encuesta desea no continuar, puede hacerlo.

He leído la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme, puedo hacerlo en cualquier momento sin afectar a mi persona de cualquier manera posible.

Nombre del participante: _____

Fecha: _____

(DD/MM/AA)

Nombres de las investigadoras:

ANEXO N°3

ENCUESTAS A EGRESADOS Y PRE
ENCUESTA A ESTUDIANTES

Encuesta a egresados

Encuestas a Fonoaudiólogos Egresados del Último Quinquenio (2015-2019), sede Panamá.

La presente encuesta tiene como objetivo recoger las experiencias académicas y laborales en el área de deglución (Proceso de prácticas universitarias, competencias adquiridas durante su formación académica y la aplicación de estas en el campo laboral) de los egresados de la UDELAS en la sede de Panamá.

Indicaciones: Leer cuidadosamente cada interrogante y con honestidad elegir la respuesta correcta o más adecuada de acuerdo a sus experiencias y conocimientos.

***Obligatorio**

Correo *

Tu dirección de correo electrónico

Consentimiento Informado

Buenas, un saludo cordial de parte de María Jiménez y Ruth Morán quienes somos estudiantes de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Universidad Especializada de las Américas, Panamá sede.

Estamos realizando un: "Proyecto de conocimientos adquiridos en el área de deglución, dirigido a los egresados del último quinquenio (2015-2019) y futuros profesionales de Fonoaudiología de la sede central, Panamá".

Este trabajo de grado, tiene como objetivo general: Desarrollar una guía de auto consulta para estudiantes y profesionales de fonoaudiología sobre competencias básicas en el área de deglución, basadas en evidencias científicas.

Como objetivos específicos tenemos:

*Describir las experiencias académicas y laborales de los egresados del último quinquenio (2015-2019), en el área de deglución.

*Identificar las técnicas y tratamientos utilizados por los fonoaudiólogos egresados, para abordar en esta área de la fonoaudiología.

*Describir las competencias en el área de deglución en los estudiantes de fonoaudiología que cursan actualmente el cuarto, sexto y octavo semestre.

*Orientar a los estudiantes que cursan dichos niveles, sobre los contenidos en el área de deglución que resulten deficientes.

Analizar la percepción de los participantes, en relación a los posibles factores durante su etapa universitaria, que puedan incidir en la adquisición de las competencias necesarias para su desempeño laboral actual o futuro.

A continuación, brindaremos información importante para los que gusten apoyarnos en nuestro trabajo de grado:

- Descripción del proceso: Se procederá a enviar un enlace (link) de la encuesta a llenar, por medio de correos electrónicos o redes sociales de los participantes de periodos o semestres ya señalados. Dicho formato utilizado recaba toda la información y la va graficando automáticamente.
- Duración: El tiempo calculado para completar la encuesta es menor a 5 minutos.
- Beneficios: Se les enviará una copia de la guía de auto consulta a los correos de todos los participantes de dicho proyecto. Con sus aportes estará contribuyendo al fortalecimiento y enriquecimiento de la formación de la universidad.
- Confidencialidad: En el momento que usted elija participar del proyecto y firmar este consentimiento, nos comprometemos a no divulgar ningún tipo de información o resultados que provengan de este estudio. Para así, garantizar el anonimato de todos los participantes de este proyecto.
- Derecho a no participar o retirarse: Usted podrá dejar de participar en el proyecto siempre y cuando usted lo desee (voluntario), si en algún momento de la realización de la encuesta desea no continuar, puede hacerlo.

He leído la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme, puedo hacerlo en cualquier momento sin afectar a mi persona de cualquier manera posible.

¿Desea participar? *

Sí

No

Datos Generales y Laborales del Egresado

Elegir la opción adecuada para usted.

1. ¿Cuál es su género? *

Femenino

Masculino

2. ¿A qué rango de edad pertenece? *

- 20-24 años
- 25-29 años
- 30-34 años
- 35-39 años
- 40 años o más

3. ¿Qué promoción académica es usted? (años de graduación)

- 2015
- 2016
- 2017
- 2018
- 2019

4. Sector laboral donde ejerce actualmente. (Puede elegir más de una opción) *

- Sector público
- Sector privado
- Sector independiente
- No ejerzo actualmente

5. A qué tipo de población están orientados sus servicios actualmente? (puede elegir más de una opción): *

Primera infancia (0-5 años)

Infancia (6-11 años)

Adolescencia (12-18 años)

Juventud (14-26 años)

Adulthood (27-59 años)

Vejez (60 años o más)

No ejerzo actualmente

6. Indique, ¿Cuál de las siguientes áreas del quehacer fonoaudiológico desempeña actualmente? *
(puede elegir más de una opción)

Área del lenguaje

Área de voz

Área audiológica y vestibular

Deglución, motricidad orofacial y alimentación oral

Área de aprendizaje

Todas las áreas mencionadas

Ninguna de las áreas mencionadas

7. ¿Atiende actualmente pacientes con problemas de deglución? *

Si

No

8. Los pacientes que usted atiende con dificultades deglutorias mantienen:

Dificultades neurológicas

Discapacidad

Sin discapacidad

No atiendo usuarios con esa dificultad

Percepción de la Formación Académica y Experiencia en el proceso Universitario



Siendo 1 la puntuación más baja y 10 la puntuación más alta.

9. ¿Cuál cree que fue su nivel de competencias para evaluar usuarios con trastornos en la deglución (uso de protocolos de evaluación), una vez culminó la licenciatura? *

Nivel bajo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nivel alto

10. ¿Cómo calificaría su preparación universitaria para diagnosticar pacientes con trastornos de la deglución?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Poco preparado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy preparado

11. ¿Cómo calificaría sus competencias desarrolladas a nivel universitario, para intervenir pacientes con trastornos de la deglución?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Poco preparado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy preparado

12. ¿Ha tomado cursos, talleres o seminarios para afianzar los conocimientos en el área de deglución? *

Sí

No

13. Si su respuesta fue "sí" indique ¿Cuál curso, taller o seminario tomó?

Texto de respuesta corta

Formación Universitaria (práctica y teórica) ✕ ⋮

Elegir la opción adecuada para usted.

14. Indique, ¿Cuál de los siguientes lugares de práctica universitaria mantenían pacientes con dificultades deglutorias durante su rotación en los mismos? *

HST

HDN

CIAES

IPHE

CSS

En todos

Ninguno

Otra...

15. ¿En los lugares que usted practicó durante su proceso universitario pudo evaluar e intervenir pacientes con dificultades en la deglución? *

Siempre

Casi siempre

Medianamente

A veces

Pocas veces

Nunca

16. ¿Los enlaces fueron abiertos en compartir sus conocimientos en esta área en específico? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

17. ¿Durante su proceso de formación tuvo la oportunidad de presenciar una videofluoroscopia? *

- Sí
- No

18. ¿Durante su práctica universitaria tuvo la oportunidad de presenciar casos de fisura velopalatina?

- Sí
- No

Preguntas de Experiencia Laboral



Elegir la opción adecuada para usted.

19. Usted como egresado, ¿Se siente preparado para atender una patología como fisura velopalatina en su ámbito laboral?

- Siempre

- Casi siempre
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

20. Indique usted, ¿Cuáles son los métodos que emplea al evaluar a un paciente con trastornos de la deglución? *

- Observación directa
- Palpación
- Valoración de la sensibilidad oral
- Videofluoroscopia
- Todas
- Ninguna
- Otra...

21. Según su opinión, ¿Cuáles son las funciones que se deben evaluar prioritariamente? *

- Funciones primarias: succión, deglución, masticación, salivación, respiración y fonoarticulación
- Funciones secundarias: postura, gestos/mímicas/expresiones faciales
- Ambas son prioritarias

22. ¿Ha realizado diagnósticos a usuarios con alteraciones deglutorias? *

- Sí
- No

23. Al empezar un tratamiento con un paciente, ¿Cuánto dura cada sesión aproximadamente? *

- 30 minutos
- 45 minutos
- 1 hora
- 1 hora y media
- 2 horas

24. ¿Cuál es su enfoque de intervención? *

- Técnicas rehabilitatorias
- Técnicas compensatorias
- Ambas
- Tonicidad de los músculos
- Inervación de los músculos

25. Sus intervenciones deglutorias las realiza con un equipo...: *

- Multidisciplinario
- Interdisciplinario
- Solo

26. ¿Cuál de las siguientes técnicas o herramientas tecnológicas utiliza como alternativas terapéuticas en pacientes con alteraciones deglutorias? *

- Retroalimentación (Biofeedback)
- Modificaciones en la dieta
- Estimulación eléctrica
- Utensilios para la alimentación
- Terapia y/o ejercitación oral motora
- Estrategias para el manejo del alimento y modificaciones durante la ingesta
- Técnicas posturales
- Laserterapéutico
- Ultrasonido

27. ¿Refiere a un odontólogo los usuarios que presentan alteraciones en piezas dentales u otras complicaciones? *

- Siempre
- Casi siempre
- Medianamente
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

Preguntas Referentes a un Protocolo en Trastornos de la Deglución



Elegir la opción adecuada para usted.

28. ¿Utiliza usted un protocolo específico al evaluar, diagnosticar o intervenir en trastornos de la deglución? *

Sí

No

29. Si su respuesta fue "no", ¿Cree usted que es necesario e importante crear una guía clínica de autoconocimiento sobre la evaluación e intervención de los trastornos de la deglución? *

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

Pre encuesta a estudiantes

Descripción del proceso

Se enviara un enlace para que luego de acceder al mismo, se proceda a llenar la encuesta correspondiente.

Duración:

La duración del proceso será breve, se dará un lapso de tiempo para el envío de la encuesta correspondiente.

Beneficios

Al ser partícipe de este proyecto usted estará contribuyendo al fortalecimiento y enriquecimiento de la formación de los estudiantes en lo que a deglución se refiere y a su vez a la carrera.

Confidencialidad

En el momento que usted elija participar del proyecto y firmar este consentimiento, nos comprometemos a no divulgar ningún tipo de información o resultados que provenga de este estudio. Para así garantizar el anonimato de todos los participantes que opten por participar de este proyecto.

Derecho a no participar o retirarse

Usted podrá dejar de participar en el proyecto siempre y cuando usted lo desee, si en algún momento de la realización de la encuesta desea no continuar, puede hacerlo.

He leído la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme, puedo hacerlo en cualquier momento sin afectar a mi persona de cualquier manera posible.

Nombre del participante: _____

Fecha: _____
(DD/MM/AA)

Nombres de las investigadoras:

¿Estas de acuerdo en ser parte de este proyecto?

Sí

No

Competencias sobre Deglución

Buenas, respetados fonoaudiólogos en formación.

La presente encuesta tiene como objetivo de identificar los conocimientos básicos sobre el proceso de deglución y la terapéutica de este. Los resultados ayudaran a fortalecer los planes académicos que favorezcan el aprendizaje de ustedes, los futuros profesionales.

indicaciones: lea cuidadosamente cada pregunta u con honestidad elija la respuesta correcta o mas adecuada de acuerdo a sus conocimientos y experiencias.

Correo electrónico *

Texto de respuesta corta
.....

Consentimiento informado

Buenas, un saludo cordial de parte de María Jiménez y Ruth Morán quienes somos estudiantes de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Universidad Especializada de las Américas, Panamá sede. Estamos realizando un estudio titulado: " Proyecto de conocimientos adquiridos en el área de deglución dirigido a los egresados de la Licenciatura en Fonoaudiología en el último quinquenio".

A continuación se detallara sobre el proyecto y como ser partícipe del mismo.

Este proyecto abarca el área de deglución como campo de estudio, con el fin de dar a conocer el nivel que alcanzaron los estudiantes egresados en lo que a deglución compete.

La participación en este proyecto es voluntaria. Usted puede elegir o no hacerlo, si desea formar parte este proyecto se detallara a continuación información necesaria para su conocimiento.

1. Género *

Masculino

Femenino

2. Edad *

18-21 años

22-25 años

25-28 años

29 o más

3. ¿Qué semestre cursa? *

VI semestre

VIII semestre

4. ¿Cree usted que el área de deglución se debe ver? *

- Solo un semestre
 - Mas de un semestre
 - Ningún semestre
-

5. El proceso deglutorio se considera: *

- Voluntario
- Involuntario
- Mixto

6. ¿Por qué es importante tener una buena Deglución? *

- Para lograr el paso correcto de los alimentos hacia el estómago
- Para la ingesta de alimentos únicamente sólidos
- Para que se de el paso del alimento al esófago
- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

7. ¿En que etapa de la vida las personas degluten? *

- Etapa pre-natal
 - Desde el nacimiento
 - Adultez
 - Vejez
-

8. Mencione la secuencia de las Fases de la deglución *

- Faringea, preparatoria oral, esofágica, oral
- Preparatoria oral, oral, faringea, esofágica y estomacal
- Estomacal, oral y faringea
- Preparatoria oral, oral, faringea y esofágica
- Ninguna es correcta

9. La alteración de una o varias fases de la deglución se conoce como: *

- Disfasia
- Disfagia
- Disartria
- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

10. ¿Cuáles de los siguientes grupos de patologías son relacionadas a las dificultades deglutorias? *

- Dislexia, discalculia, alexia
- Diglosia, apraxia, afasia motora
- Disgrafía, anemia, anamnesis
- Todos los grupos
- Ninguno de los anteriores

11. ¿ Qué consecuencias puede tener la disfagia? *

- Derrame de alimentos y mala digestión
- Infecciones respiratorias
- Afasia motora
- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

12. Algunos síntomas de la Disfagia son: *

- Tos y aparición de enfermedades Respiratorias
- ERGE(enfermedad por reflujo gastroesofágico)
- Desviación de la articulación temporomandibular, fiebre y tos
- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

13. importancia de los reflejos en los neonatos *

- Evitar el derrame de alimentos
 - Nutrición e hidratación
 - Digestión de alimento
 - Ninguna es correcta
-

14. ¿ Qué otras funciones acompañan la deglución? *

- Succión
- Respiración
- Masticación
- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

15. La ablactación es la introducción de alimentos diferentes a la leche, a la dieta del bebé, conociendo el concepto esta inicia a partir:

- 1 año de edad
 - 8 meses de edad
 - 6 meses de edad
 - Dos son correctas
 - ninguna es correcta
-

16. Se considera deglución atípica cuando: *

- El usuario no deglute
- El usuario deglute pero no sigue los patrones normales
- Ninguna es correcta

17. ¿Quiénes participan en la realización de una videofluroscopia? *

Gastroenterólogo y fonoaudiólogo

Radiólogo y gastroenterólogo

Fonoaudiólogo y radiólogo

Todas son correctas

Ninguna es correcta

18. ¿Cree usted que deba crearse una guía que permita ampliar los conocimientos para estudiantes y profesionales en el área de deglución? *

Sí

No

Tal vez

ANEXO N°4
DOCENCIA

Power Point de la docencia

DOCENCIA PARA ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN FONOAUDIOLÓGIA EN EL ÁREA DE DEGLUCIÓN

Estudiantes:
 ◦ Jiménez, María Gabriela
 ◦ Morán, Ruth

OBJETIVOS

- La presente docencia tiene como objetivo:
- Desarrollar competencias en el área de deglución.
 - Ampliar los conocimientos generales sobre deglución y con ello favorecer en el aprendizaje de nuestros futuros profesionales de la Licenciatura de Fonoaudiología.
 - Orientar a los estudiantes en formación para que estén bien preparados en el momento de dar cara a trastornos de la deglución.
 - Solventar dudas relacionadas a la encuesta de competencias sobre la deglución.

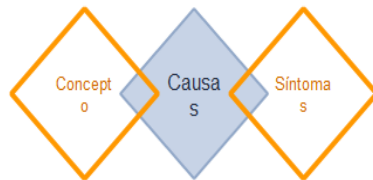
Conceptos de deglución



Fases de la deglución

- ▶ Fase Preparatoria oral
- ▶ Fase Oral
- ▶ Fase Faringea
- ▶ Fase Esofágica

DISFAGIA VS. DEGLUCIÓN ATÍPICA



DEGLUCIÓN ATÍPICA

Deglución atípica: según Jiménez (2016) señala que la deglución atípica se ha dado debido a la succión que no es para alimentarse, es decir, chupetes, chuparse el dedo, entre otros. De igual forma, los biberones, la respiración bucal, enfermedades del sistema nervioso central y alteraciones en el individuo. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a su etiología".

Funciones que acompañan a la deglución

- A Succión
- B Respiración
- C Masticación



Reflejos en neonatos


- Reflejo de búsqueda
- Succión
- Deglución
- Protusión lingual
- Protección
 - Arcada
 - Tusígeno
 - Mordida

Meet de la docencia

Docencia conceptos básicos sobre deglución

Elaborado por:

- María Jiménez
- Ruth Morán




Ruth Morán

DEGLUCIÓN

Conceptos:

- Marchesan (2003)
- Rodríguez (2018)
- Jiménez & Morán (2020)



María Gabriela Jiménez Buenda

III. ENFERMERÍA CLÍNICA

DEGLUCIÓN ESPONTÁNEA

Definición: ...

DEGLUCIÓN EVALUACIÓN INTERFERIDAS


Definición: ...

DEGLUCIÓN VOLUNTARIA

Definición	etiología	etiología	etiología	etiología
...

DEGLUCIÓN VOLUNTARIA

Definición: ...



Ruth Morán

Fuentes: fotos obtenidas por María Jiménez y Ruth Morán.

ANEXO N°5
ENCUESTA POST DOCENCIA A
ESTUDIANTES

Encuesta post docencia a estudiantes para estudiantes

Encuesta Post docencia de competencias sobre deglución

Estimados estudiantes, esta encuesta es para conocer la percepción que tuvieron ustedes sobre la docencia dada sobre competencias básicas en deglución. agradecemos de ante mano su cooperación.

indicaciones: lea cuidadosamente cada pregunta u con honestidad elija la respuesta correcta o mas adecuada de acuerdo a sus conocimientos y experiencias.

Correo *

Correo válido

Este formulario registra los correos. [Cambiar configuración](#)

Correo electrónico *

Texto de respuesta corta

Semestre que cursaba al momento de la aplicación de la primera encuesta *

- VI semestre
- VIII semestre
- Recién egresado

1. El proceso deglutorio se considera: *

- Voluntario
- Involuntario
- Mixto

2. ¿Por qué es importante tener una buena Deglución? *

- Para lograr el paso correcto de los alimentos hacia el estómago
- Para la ingesta de alimentos únicamente sólidos
- Para que se de el paso del alimento al esófago
- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

3. ¿En que etapa de la vida las personas degluten?

- Etapa pre-natal
- Desde el nacimiento
- Adulthood
- Vejez

4. Mencione la secuencia de las Fases de la deglución *

- Estomacal, oral y faríngea
- Preparatoria oral, oral, faríngea, esofágica y estomacal
- Preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica
- Faríngea, preparatoria oral, esofágica, oral
- Ninguna es correcta

5. La alteración de una o varias fases de la deglución se conoce como: *

- Disartria
- Disfasia
- Disfagia
- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

6. ¿Cuáles de los siguientes grupos de patologías son relacionadas a las dificultades deglutorias? *

- Diglosia, apraxia, afasia motora
- Dislexia, discalculia, alexia
- Disgrafía, anemia, anamnesis
- Todos los grupos
- Ninguno de los anteriores

7. ¿Qué consecuencias puede tener la disfagia? *

- Derrame de alimentos y mala digestión
- Afasia motora
- Infecciones respiratorias
- Ninguna es correcta
- Todas son correctas

8. Algunos síntomas de la Disfagia son: *

- Desviación de la articulación temporomandibular, fiebre y tos
- ERGE(enfermedad por reflujo gastroesofágico)
- Tos y aparición de enfermedades Respiratorias
- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

9. importancia de los reflejos en los neonatos *

- Evitar el derrame de alimentos
- Digestión de alimento
- Nutrición e hidratación
- Ninguna es correcta

10. ¿Qué otras funciones acompañan la deglución? *

- Succión
- Respiración
- Masticación
- Ninguna es correcta
- Todas son correctas

11. La ablactación es la introducción de alimentos diferentes a la leche, a la dieta del bebé, conociendo el concepto esta inicia a partir: *

- 6 meses de edad
- 8 meses de edad
- 1 año de edad
- Dos son correctas
- ninguna es correcta

12. Se considera deglución atípica cuando: *

- El usuario no deglute
- El usuario deglute pero no sigue los patrones normales
- Ninguna es correcta

13. ¿Quiénes participan en la realización de una videofluroscopia? *

- Radiólogo y gastroenterólogo
- Fonoaudiólogo y radiólogo
- Gastroenterólogo y fonoaudiólogo
- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

14. ¿Cree usted que deba crearse una guía que permita ampliar los conocimientos para estudiantes y profesionales en el área de deglución? *

- Sí
- No
- Tal vez

15. Considera que la docencia sobre conocimientos básicos en deglución fue útil para usted? *

- Muy útil
- Poco util
- Nada útil

ANEXO N°6
GUÍA CLÍNICA

GUÍA CLÍNICA EN CONOCIMIENTOS GENERALES DE DEGLUCIÓN



Dirigido a estudiantes

Autoras:

María Gabriela Jiménez Buendía

Ruth Nadine Morán Howard

Contenido General

Introducción

Capítulo 1: Anatomía y Fisiología de la Deglución

- Anatomía y Fisiología
- Músculos que intervienen en el proceso deglutorio
- Pares Craneales

Capítulo 2: Deglución

- Concepto de deglución
- Concepto de autores
- Fases de la deglución
- Succión y deglución en neonatos
- Deglución en niños y deglución en adultos

Capítulo 3: Trastornos de la Deglución

- Trastorno de la disfagia – Disfagia oro faríngea y Disfagia Esofágica
- Deglución atípica
- Patologías en las que se ve alterada la deglución

Capítulo 4: Evaluación del Proceso Deglutorio

- Proceso de evaluación y diagnóstico de la deglución
- Protocolo para la evaluación de la deglución

Capítulo 5: Intervención de las Dificultades Deglutorias

- Proceso de intervención o tratamiento de la deglución
- Técnicas propias del tratamiento

- Técnicas de tratamiento compensatorias
- Herramientas tecnológicas

Bibliografía

Introducción

La presente guía clínica es una revisión sistemática resumida para ser utilizada como manual para pacientes con disfagia, deglución atípica o usuarios con patologías que alteran el proceso deglutorio por profesionales egresados, estudiantes de la carrera de fonoaudiología, cuidadores o cualquier persona que quiera enriquecerse de conocimiento en el área de deglución. En esta guía presentamos de forma detallada los conceptos.

Una guía es una clasificación de libro que permite ayudar a diferentes personas que buscan un conocimiento en específico en este caso estudiantes en busca de resolver sus dudas específicamente competencia de la licenciatura en fonoaudiología en el área de la deglución.

Esta guía consta de 5 capítulos, el **primer capítulo** abarca la anatomía y fisiología de la deglución es decir los órganos y la función que desempeña cada uno durante este proceso, además se incluyen temas como pares craneales músculos y sus inervaciones todos necesarios para llevar a cabo un correcto proceso deglutorio.

El **segundo capítulo** engloba conceptos como deglución que no es más que un proceso neuromuscular complejo que inicia en la boca y termina en el esófago, esta inicia de manera voluntaria y luego se vuelve involuntaria es decir que es mixta. Además de la manera de deglutir entre un adulto y un niño, otro tema a tocar es el de succión en niños y su importancia y por último, fases de la deglución.

El **tercer capítulo** comprende los trastornos que pueden ocasionarse por una alteración en la deglución, uno de ellos es la disfagia que se define como la dificultad al tragar lo que ocasiona un proceso deglutorio no adecuado y en ocasiones produce enfermedades que afectan la salud del paciente, por otra parte tenemos trastorno de la deglución y por último la diferencia entre estos ya mencionados.

En el **capítulo cuatro** incluye el proceso de evaluación de la deglución, así mismo como un protocolo para evaluar este mecanismo y la evaluación per se del proceso de evaluación esto con el objetivo que cada estudiante pueda acceder en caso de duda o como apoyo en su proceso de aprendizaje.

Por último, tenemos el **capítulo 5** que en este se encuentra los procesos de intervención de la deglución, los temas a tocar en este capítulo son equipos o instrumentos utilizados en la intervención, por otra parte actualizaciones en esta área y por últimos equipo de estimulación sensorial para este proceso.

Todo esto con el fin de proporcionar conocimientos para todos los estudiantes y

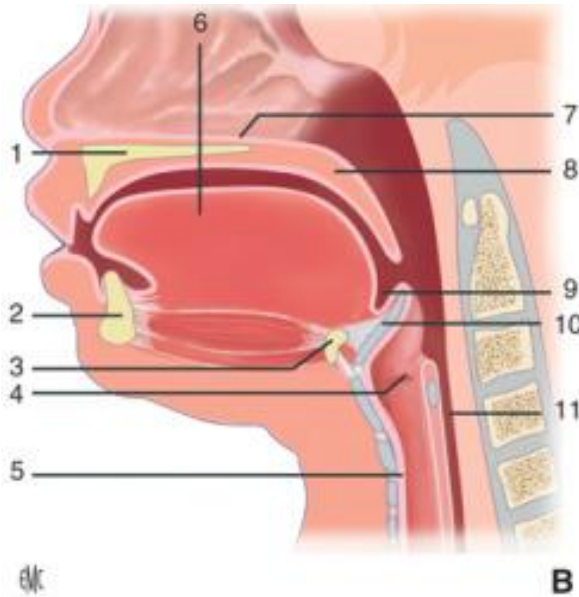
Capítulo N°1

Anatomía y Fisiología



Capítulo 1: Anatomía y Fisiología de la Deglución

- Anatomía




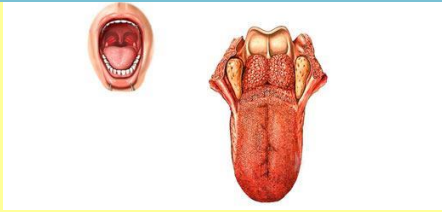
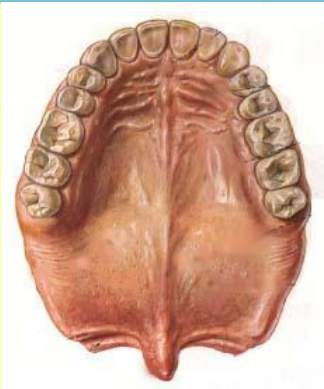
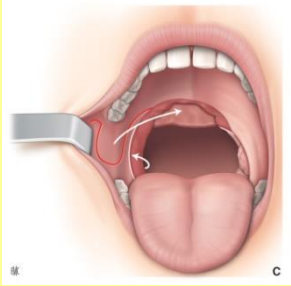
Como sabemos la deglución se lleva a cabo gracias a la participación de distintas áreas anatómicas lo que hace posible que pase el alimento desde la boca a la faringe, luego al esófago y por último, al estómago.


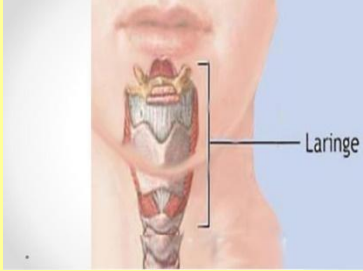

Este mecanismo se da en 3 fases que son divididas por las regiones anatómicas, son: la fase oral, fase faríngea y fase esofágica. Se da gracias a ciertos órganos, que son:


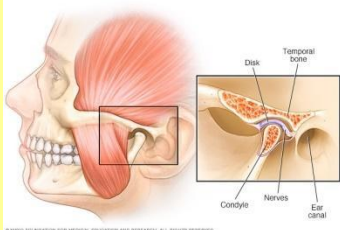
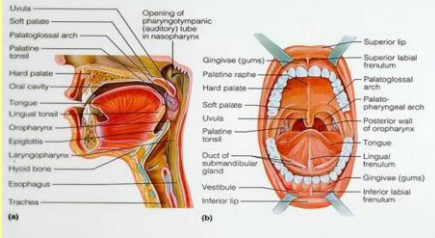
Fuente: Fisiología de la deglución normal – ScienceDirect.

Cuadro N°1 Estructuras Anatómicas encargadas del Proceso de Deglución

Órganos que participan en la deglución	Concepto	Ubicación
<ul style="list-style-type: none"> • Labios 	Parte exterior del rostro, de textura carnosa que protege la cavidad oral y cubre los dientes.	

		Fuente: Clínica Bonome
<ul style="list-style-type: none"> • Lengua 	<p>Órgano localizado en la cavidad bucal que forma parte del proceso de gusto, masticación, succión, deglución y fonación.</p>	 <p>Fuente: Estudio sobre la lengua, página web Paxala.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Paladar 	<p>Parte superior de la cavidad bucal de textura dura y rígida .</p>	 <p>Fuente: Definición ABC.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Velo del paladar 	<p>También conocido como paladar blando es un tejido que esta en la cavidad bucal, específicamente en la parte posterior del paladar.</p>	 <p>Fuente: Lesiones del velo del paladar – ScienceDirect.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Musculatura masticatoria 	<p>Son 4 músculos asociados al proceso de masticación. Estos son: masetero, temporal, pterigoideo medial y pterigoideo lateral.</p>	 <p>Fuente: Los músculos de la masticación – Futuro Fonoaudiólogo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Laringe 	<p>Órgano en el cual están las cuerdas vocales, que forma parte de la respiración, deglución y fonación. Situado entre la tráquea y faringe</p>	 <p>Fuente: Expo laringe.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dientes 	<p>Estructuras localizadas en la cavidad oral encargados de desgarrar y triturar los alimentos.</p>	 <p>Fuente: Clínica Ferrus Bratos.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Maxilares 	<p>Hueso grande del rostro en el cual están situados los dientes.</p>	 <p>Fuente: Maxilares – Best Quality Dental Centers.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Articulación temporomandibular 	<p>Es la estructura que conecta mandíbula-cabeza (específicamente el hueso temporal) y permite que se den todos los movimientos mandibulares.</p>	 <p>Fuente: Trastornos de articulación temporomandibular – MayoClinic.</p>
<p>Músculos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lengua • Labios • Mejillas 	<p>Conjunto de músculos que permiten el proceso deglutorio.</p>	 <p>Fuente: La Boca Humana – Google Sites.</p>

Fuente: (Rodríguez, Vaamonde, Gonzalez, Quintana, & Gonzalez, 2018)

Cuadro N°2 Funciones de los órganos que participan en el proceso deglutorio

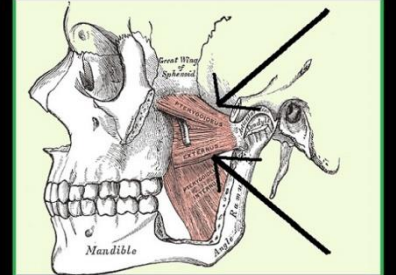
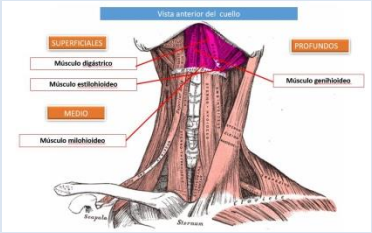
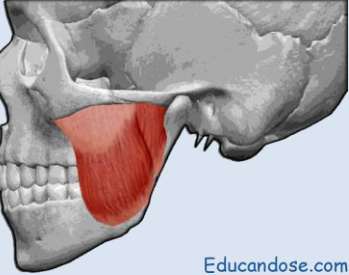
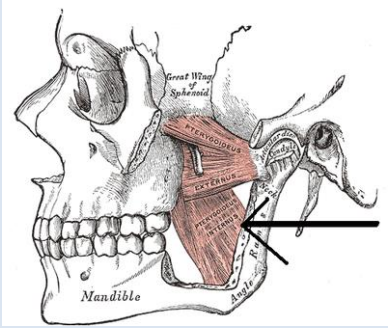
Función de los órganos	
Labios	Es el órgano que se encarga de hacer el selle de la cavidad oral.
Lengua	Este órgano hace el empuje del bolo alimenticio y tiene funciones en la masticación, deglución y fonación.
Paladar	Separa las fosas nasales de la boca.
Velo del paladar	Es un órgano que realiza el cierre superior de los órganos de la deglución.
Musculatura masticatoria	Se encargan de la movilización.
Laringe	Cierra la faringe evitando el paso del bolo.
Dientes	Se encargan del desgarrar y triturar los alimentos para formar el bolo alimenticio.
Maxilares	Tienen la función de articulación temporomandibular.
Cavidad oral	Formación del bolo y moverlo a la base de la lengua.
Faringe	Llegada del bolo y paso al esófago.
Esófago	Paso del bolo al estómago.

Fuente: (Rodríguez, Vaamonde, Gonzalez, Quintana, & Gonzalez, 2018)

- **Músculos que inervan**

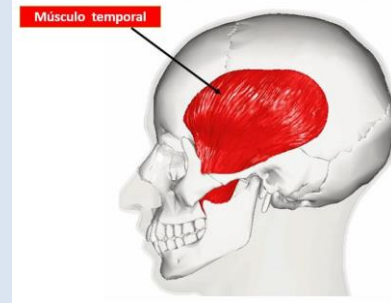
Músculos de la masticación: la masticación es considerada la función más importante del sistema estomatognático, esta consiste en triturar, morder y masticar el alimento. Como toda función esencial tiene músculos que la llevan a cabo y estos serán desglosados según su función en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 3 Músculos de la masticación que intervienen en la deglución

Músculo	Función	
Pterigoideo externo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión mandibular. ▪ Desplazamiento de la mandíbula. ▪ Protrusión mandibular. 	 <p>Fuente: Lifeder.</p>
Músculos suprahioides	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión mandibular. 	 <p>Fuente: Músculos suprahioides – Dolopedia.</p>
Masetero	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevación mandibular. 	 <p>Fuente: Músculo masetero – Página web Educándose.</p>
Pterigoideo interno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevación mandibular. ▪ Desplazamiento de la mandíbula. ▪ Protrusión mandibular. 	 <p>Fuente: Wikiwand.</p>

Temporal

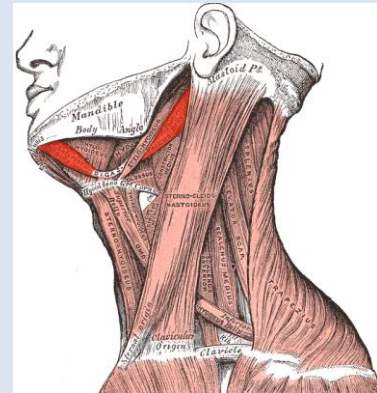
- Elevación mandibular.



Fuente: Músculo temporal – Dolopedia.

Digástrico

- Eleva el hueso hioides y auxiliar del pterigoideo en la apertura de la boca.

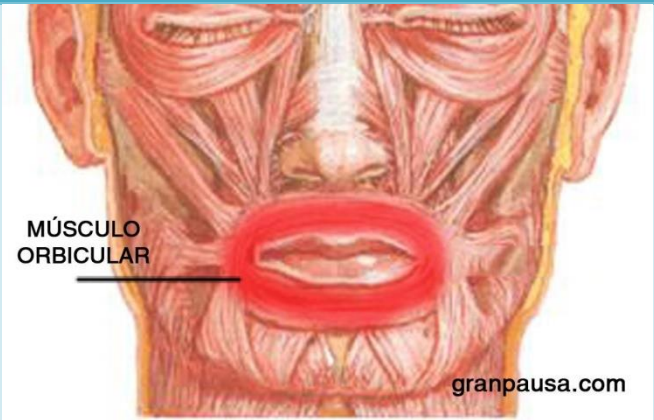
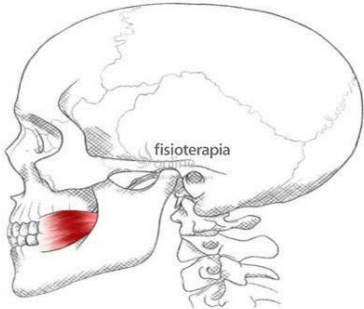


Fuente: Wikipedia.

Fuente: (Rodríguez, Vaamonde, Gonzalez, Quintana, & Gonzalez, 2018)

- Músculos de la boca: la boca está compuesta por dos grupos de músculos indispensables en el proceso deglutorio. Este órgano es el primero en recibir el alimento en todo el proceso de la deglución. A continuación se enumeran estos grupos según la función que cada uno de ellos ejerce.

Cuadro N°4 Músculos de la boca que intervienen en el proceso deglutorio


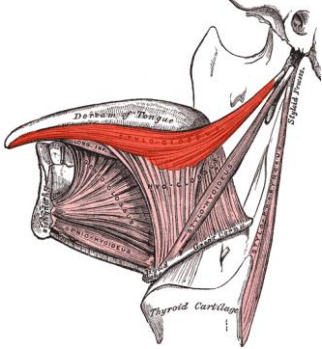
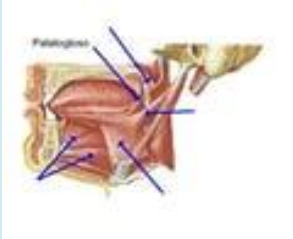
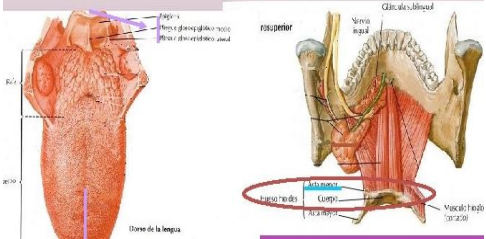
Músculo	Función
Orbicular del labio	Selle de los labios, evita el derrame de alimentos.
	
	Fuente: Síndrome de Satchmo – Gran Pausa.
Buccinador	Ajusta los alimentos durante la masticación de los alimentos.
	
	Fuente: Músculo Buccinador: Fisioonline.

Fuente: (Rodríguez, Vaamende, Gonzalez, Quintana, & Gonzalez, 2018)

- Músculos de la lengua: la lengua es un órgano móvil que está integrada por 17 músculos, a su vez estos músculos se dividen en intrínsecos y extrínsecos. Los intrínsecos están destinados para hacer cambios de forma, sin embargo los extrínsecos tienen el objetivo de cambiar de posición el alimento.

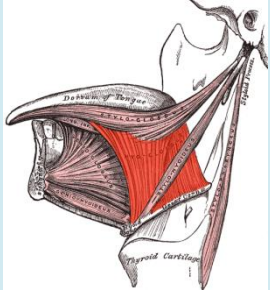
A continuación se detallan los músculos y la función que ejercer cada uno de ellos:

Cuadro N°5 Músculos de la lengua que intervienen en la deglución

Músculo	Función	
Geniogloso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protrusión de la lengua. ▪ Movimiento hacia abajo. ▪ Desviación de la lengua. ▪ Anclamiento de la lengua. ▪ Retracción de la lengua. 	 <p align="center">Fuente: Anatomía Topográfica.</p>
Estilogloso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retracción de la lengua. ▪ Movimiento hacia arriba. ▪ Elevación posterior de la lengua. 	 <p align="center">Fuente: Wikipedia.</p>
Palatogloso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevación posterior de la lengua. ▪ Estrecha el istmo de las fauces. 	 <p align="center">Fuente: Quizlet.</p>
Lingual superior e inferior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doblar la lengua. 	

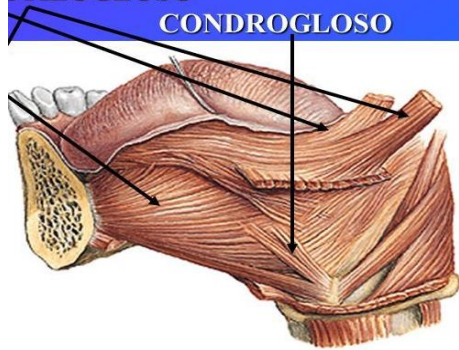
Fuente: La lengua – Slidetodoc.

Hiógloso ■ Movimiento de la base hacia abajo y atrás.



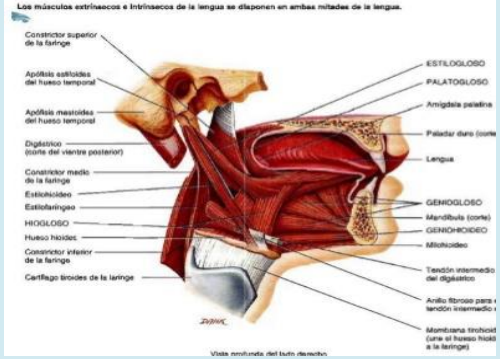
Fuente: Wikipedia.

Condrogloso ■ Movimiento de la base hacia abajo y atrás.



Fuente: Visceras de Cabeza y Cuello – Dra. María Trinidad Herrera.

Músculos intrínsecos ■ Anclamiento de la lengua.



Fuente: Músculos del cuello – Litzania Polanco.

Fuente: (Rodríguez, Vaamonde, Gonzalez, Quintana, & Gonzalez, 2018)

• **Pares craneales que intervienen en el proceso deglutorio**

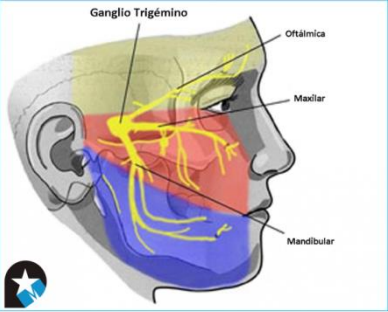
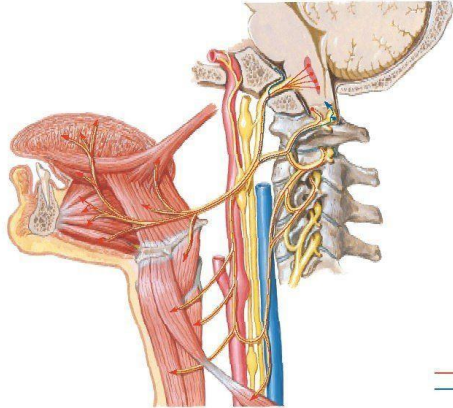
Los pares craneales son aquellas estructuras ubicadas en el cerebro y van desde el encéfalo a varias partes del cuerpo su función principal es llevar la información que se requiere por parte de los sentidos, cara, cuello, entre otros.

Los pares craneales del ser humano son: (I) olfatorio, (II) óptico, (III) motor ocular común, (IV) troclear, (V) trigémino, (VI) abducen, (VII) facial, (VIII) auditivo, (IX) glossofaríngeo, (X) vago, (XI) accesorio craneal y (XII) hipogloso.

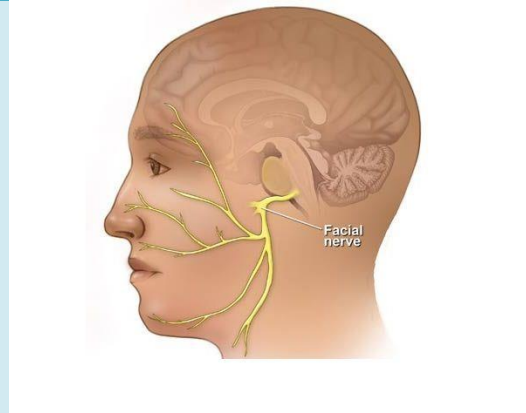
En el proceso deglutorio participan seis de los doce pares ya antes mencionados, esto quiere decir que la deglución es un proceso complejo y por esto requiere de tanta actividad a nivel neurológico.

A continuación se enumera los pares craneales que intervienen en la deglución acompañado del proceso que desempeña cada uno:

Cuadro N°6 Pares craneales que acompañan el proceso deglutorio

Par craneal	Función
Trigémino (V)	Músculos masticatorios
	 <p>Fuente: Nervio Trigémino – Global Health Care.</p>
Hipogloso (XII)	Lengua
	 <p>Fuente: Nervio Hipogloso – Anatomía Topográfica.</p>

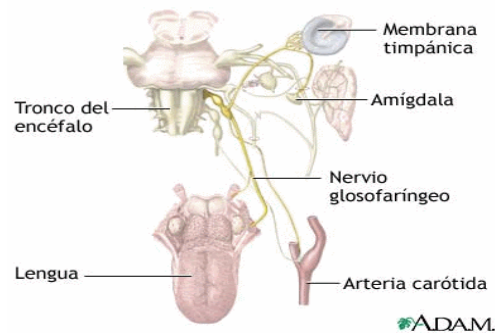
Facial (VII) Orbicular de los labios



Fuente: Anatomía del Nervio Facial – Pinterest.

Glossofaríngeo (IX) Constrictores faríngeos y estilofaríngeo

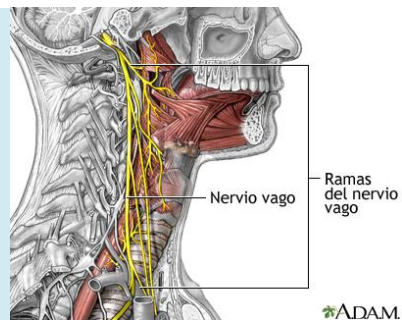
Figura N°1. Distribución de áreas inervadas por el Nervio Glossofaríngeo (*Nervus glossopharyngeus*).



Tomado: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/artide-

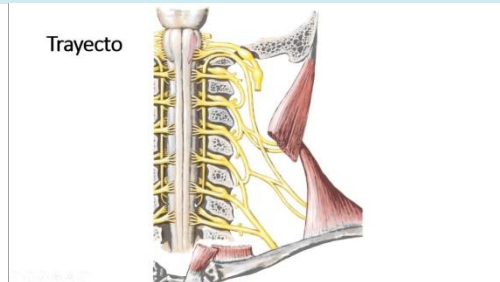
Fuente: Neuralgia del Glossofaríngeo – Scielo.

Vago (X) Paladar, laringe y faringe



Fuente: MedlinePlus.

Accesorio (XI) Esófago



Fuente: (Rodríguez, Vaamonde, Gonzalez, Quintana, & Gonzalez, 2018)

- **Fisiología**

La deglución es el proceso del paso del alimento desde la boca o cavidad bucal hasta el estómago, Como sabemos la deglución se divide en 3 fases. Este proceso empieza en la primera fase que es la:

1. **Fase oral:** la cual por su parte se divide en 2 fases: fase preparatoria oral y fase de transporte. Esta fase comienza con la preparación del alimento, su entrada a la cavidad oral, desgarrar y trituración del mismo, y por último pasa a la faringe.

1.1 Fase preparatoria oral: es el proceso en el cual se prepara el alimento. El momento en el que se visualiza e identifica el alimento, se tritura por los dientes y se forma el bolo. Inicia con la apertura de la boca, que se da gracias a un grupo de músculos, se desgarrar el alimento para ser introducido a la cavidad oral y descenso de la mandíbula, se inicia la masticación con ayuda de la saliva lo que da con el desarrollo del bolo compacto. Cuando el bolo ya tiene el tamaño y forma adecuada este se mueve a la parte posterior de la lengua y se produce más saliva para ser impulsado a la faringe.

1.2 Fase de transporte: en el proceso en el cual se impulsa o transporta el bolo de la cavidad bucal a la faringe, gracias a la ayuda y empuje de la parte posterior de la lengua. Este proceso se da colocando la punta de la lengua sobre el paladar para comprimir el bolo contra el paladar y que pueda pasar al canal posterior dando paso a la siguiente fase que es la fase faríngea.

2. **Fase faríngea:** es el paso del bolo de la faringe al esófago, se divide en las siguientes fases:

2.1 Desencadenamiento: se da gracias al contacto bolo/zonas reflexógenas/lengua/faringe/velo del paladar.

2.2 Cierre velar: se contrae el velo para evitar el paso del alimento o reflujo.

2.3 Elevación y anteropulsión laríngea: esta elevación de laringe va a facilitar el paso del bolo a la faringe.

2.4 Cierre laríngeo: cierre de las cuerdas vocales para evitar aspiraciones.

2.5 Propulsión: se crea una presión gracias al contacto bolo, lengua y paladar para facilitar el paso del bolo.

2.6 Apertura del esfínter esofágico superior: al finalizar la fase faríngea se da una apertura esofágica con la ayuda de unos músculos para dar paso a la última fase.

2.7 Finalización: se finalizan todas las fases anteriores y todo vuelve a su lugar para volver a fase respiratoria.

3. **Fase esofágica**: es el último proceso en el cual el bolo pasa del esófago al estómago, se divide en las siguientes fases:

3.1. Entrada en esófago: llegada del bolo al esófago.

3.2. Cierre del esfínter esofágico superior: ya el bolo en el esófago se contrae el esfínter esofágico.

3.3. Inicio del peristaltismo esofágico: se da una secuencia de contracciones.

3.4. Apertura del esfínter esofágico inferior y paso al estómago: se abre para que no haya reflujo. (Diana Oviedo, 2016).

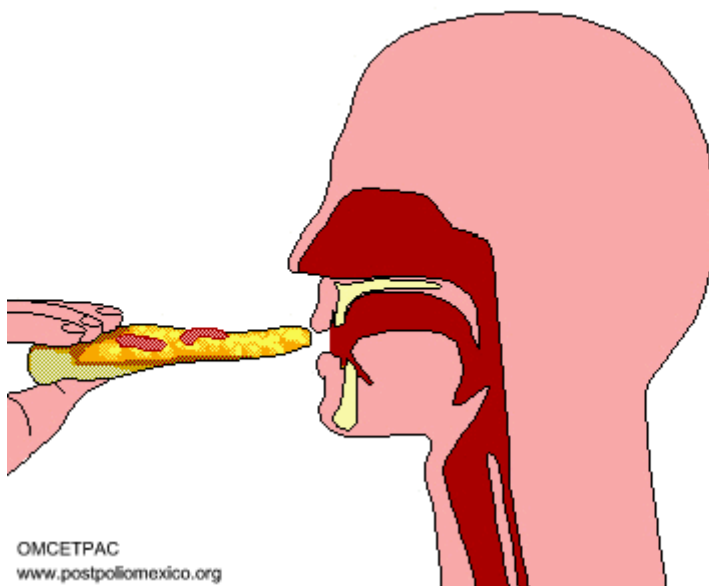
Capítulo N°2

Deglución



Capítulo 2: Deglución

- **Concepto de deglución**



La deglución se define como una actividad neuromuscular compleja, que inicia en la cavidad oral y termina cuando el alimento llega al estómago. La deglución se considera un proceso mixto, ya que inicia de manera voluntaria y luego pasa a ser involuntaria.

Fuente: La deglución – Post Polio México.

Otra definición para deglución puede ser, la actividad de transportar sustancias líquidas, sólidas y semisólidas de la boca hasta el estómago. Entre los órganos que utilizamos a la hora de deglutir tenemos la boca, la lengua, dientes, paladar, faringe y esófago. La boca es el primer órgano en tener contacto con los alimentos está compuesta por las mejillas, lengua, paladar, dientes, glándulas salivales. La lengua si bien forma parte de la boca es importante mencionarla por separado, ya que esta estructura móvil es compleja y está formada por 17 músculos y en la superficie tiene papilas gustativas y fibras que nos permiten diferenciar los distintos sabores, texturas y temperatura de los alimentos. Además de ser quien mueve el bolo alimenticio en diferentes direcciones. Por otra parte los dientes son estructuras que surgen de la mandíbula y están cubiertas por las encías, la función de

los dientes es diversa, ya que esto depende del diente que se hable, la dentadura de un adulto consta de 32 dientes, 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares.

Otra estructura que forma parte de la boca es el paladar, es una estructura que a su vez está dividida en dos partes, el paladar duro y el paladar blando, el paladar duro está constituido por hueso y está ubicado en la parte delantera de la boca, en cambio en la parte posterior se ubica el paladar muscular, conocido como paladar blando. La última estructura que se encuentra en la boca son las glándulas salivales, como lo dice su nombre estas son las encargadas de segregar la saliva y de esta manera mantener la boca húmeda, otra de la función que realizan es de combinarse junto con el alimento para formar el bolo que viajará hacia el estómago. Cabe resaltar que existen 3 tipos de glándulas salivales, la primera está situada en cerca de los oídos esta lleva por nombre parótidas, las segundas son las submaxilares que están en la base de la lengua y las últimas son las sublinguales y se ubican debajo de la lengua.

Otro órgano que se pone en vigencia durante el proceso deglutorio es la faringe, este es un tubo fibromuscular que va desde la base del cráneo hasta conectarse al esófago, la faringe es un área utilizada para dos funciones una para el paso del aire y la otra función es el paso de los alimentos. En la parte superior de está, situada la epiglotis que es la encargada de cerrar el paso del alimento hacia las vías respiratorias. Por último, tenemos el esófago es el último órgano que actúa en el proceso deglutorio, es un tubo neuromuscular que mide 25 cm. aproximadamente, inicia en la hipofaringe, pasa por el mediastino, luego atraviesa el diafragma y finaliza en la porción superior del estómago. La función del mismo es el transporte de los alimentos hacia el estómago.

- **Conceptos de autores**

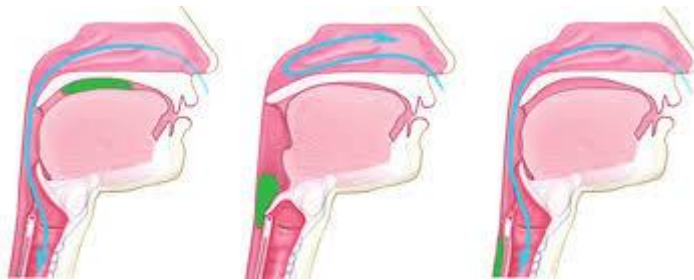
Según Rodríguez (2018) afirma que “la deglución implica la participación coordinada de áreas anatómicas que permiten conducir el alimento de forma eficaz desde la boca hasta el

estómago. Así mismo como esta tiene tres fases la primera llamada fase oral, seguida por la fase faríngea y por último la fase esofágica”.

En cambio, la deglución es un proceso neuromuscular que se da de manera consciente y dura aproximadamente entre 3 a 8 segundos e involucra los músculos encargados de la respiración, los músculos gastrointestinales, los músculos del rostro y 6 pares craneales (Marchesan, 2003).

Es un acto reflejo que implica la participación de varios grupos musculares de manera sincronizada con el objetivo de llevar el alimento de forma segura desde la cavidad oral hacia el estómago (Concepto definido por Jiménez María y Morán Ruth).

- **Fases de la deglución**



Fuente: Fases de la deglución – Neurorhb.

La deglución consta de cuatro fases, la primera es preparatoria oral, la segunda oral, tercera faríngea y por último la esofágica.

Como sabemos la deglución como todo mecanismo tiene fases, es de conocimiento general que depende de cada autor unos definen tres y otros cuatro fases.

La primera es la **preparatoria oral**, esta consiste en la trituración de los alimentos y al incorporarse junto a la saliva dan como resultado la formación del bolo alimenticio. La segunda fase es llamada **fase oral**, en esta etapa el bolo ya formado es desplazado de un lado al otro, varios grupos musculares se encargan del selle de la cavidad oral para evitar el derrame de alimentos y otro grupo se encarga de bloquear el paso del bolo hacia la

faringe, sin antes estar bien formados. La lengua es la encargada de trasladar el bolo de un lado al otro y en otras direcciones, por último se desplaza desde el dorso de la lengua hasta la entrada de la faringe. Es aquí donde inicia la tercera etapa llamada **fase faríngea**, con la llegada del bolo a la faringe pasa el istmo de las fauces hasta llegar a la pared posterior faríngea posterior, cabe destacar que para lograr el paso del bolo hasta la pared faríngea posterior, se deben lograr que la epiglotis descienda y tape el acceso hacia la vía respiratoria. La última fase de este proceso es llamada **fase esofágica**, esta inicia cuando el bolo llega al esfínter esofágico y este con sus contracciones musculares, permiten el transporte del bolo por todo el esófago y por último llega al estómago.

- **Succión y deglución en neonatos**

Succión: Es aquel reflejo en el cual el neonato hace cierre bucal y presión en el pezón o mamadera para extraer la leche, ya sea, materna o fórmula. Este reflejo se desencadena al poner en la boca del lactante un dedo o el pezón de la madre y la respuesta consiste en una actividad de succión alternada con periodos de descanso. De los 2 a 3 meses se incorpora la actividad mandibular y el reflejo desaparece alrededor de los 6 meses. La ausencia de éste cuando corresponde o la persistencia después de los 12 meses puede ser un indicador de lesión cerebral. Los pares craneales involucrados en este reflejo son V, VII, IX y XII. Tanto los hitos relevantes en el proceso de maduración de reflejo de succión como sus variantes, serán desarrolladas con mayor profundidad en apartados posteriores. (Fernández, 2011).

Deglución: Es el reflejo en el cual el neonato pasa el alimento de la cavidad bucal a la faringe, esófago y por último, al estómago Aparece antes del reflejo de succión por lo que en ocasiones es difícil separarlos. El acto deglutorio involucra la participación de acciones musculares de la boca, lengua, paladar y faringe, y depende de la coordinación muy estrecha de un patrón de movimientos (Adler & Webb, 2010). Es desencadenado con la presencia de un fragmento de alimento en la faringe por los pares craneales V, VII, IX, X y XII (Fernández, 2011). El patrón inmaduro que consiste en movimientos deglutorios con

protrusión lingual, se puede observar hasta aproximadamente los 18 meses de edad. Después se observa un cambio en el patrón de movimientos cuando aparece el patrón deglutorio maduro. Las alteraciones en la deglución son signos frecuentes de niños y lactantes que presentan déficits neurológicos, siendo éste el más importante de los reflejos de la alimentación para determinar la existencia de un trastorno neurológico (Adler & Webb, 2010).

- **Deglución en niños y deglución en adultos**

En cuanto a la deglución de niños y adultos hay patrones que los hacen distintos para la seguridad del niño, como los siguientes:

Cuadro N°7 Diferencias en la deglución en niños y adultos

Diferencias en la deglución en niños y adultos	
Niños	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños degluten aproximadamente 600-1000 veces al día. • La cavidad oral de los niños es más pequeña y se ven ocupadas en su mayoría por la lengua. • El niño tiene la laringe más alta y esta desciende a medida que crecemos, esto es un patrón de seguridad pues de esta forma los tractos digestivos y respiratorios tienen un espacio lo que hace que estén separados y de esa forma los niños no tengan aspiraciones. • En niños la succión es más eficaz, ya que, el músculo bucinador y las bolas de Bichat están más desarrollados. Además la cavidad del niño es más pequeña lo que produce más presión. • En los niños al momento de deglutir la pared de la faringe tiene un movimiento más anterior.
Adultos	<ul style="list-style-type: none"> • Un adulto puede deglutir entre 2400 a 2600 veces en un día. • Tamaño proporcional de la lengua y cavidad oral. • Cambio en la postura de la cabeza. • Mayor maduración neuromuscular.

	<ul style="list-style-type: none">• Cambios en la alimentación.
--	---

(Toledo, 2015)

Capítulo N°3

Trastornos



Capítulo 3: Trastornos de la Deglución

En este capítulo vamos a abarcar los trastornos que alteran la deglución, en primer lugar la disfagia que es el nombre del proceso en el cual se afecta o imposibilita la deglución. Posteriormente, se hablará de la deglución atípica que es un posicionamiento incorrecto de estructuras al momento de tragar. Por último, se abarcaran las patologías que alteran la deglución, es decir, las enfermedades que pueden traer como consecuencia una disfagia. Estas son las enfermedades neurodegenerativas, lesiones neurológicas y síndromes.

- **Disfagia**

La disfagia según Baena & Molina (2016) es un trastorno que afecta el proceso en el cual tragamos o ingerimos los alimentos, ya sean sólidos, semisólidos y/o líquidos. Y esto se debe a una deficiencia en una de las fases de la deglución, también se puede considerar la sensación de obstaculización del pasaje de los alimentos.

Existen tipos de disfagia que a continuación detallaremos:

- **Disfagia orofaríngea y esofágica**

Disfagia Orofaríngea: La disfagia orofaríngea hace referencia a la alteración en el proceso deglutorio o imposibilidad de transportar el bolo alimenticio de la boca a la entrada del esófago, es orofaríngea cuando se ve alterada en la segunda fase deglutoria, es decir, cuando la disfagia es en el área oral o faríngea. El alimento queda atascado en la garganta o tráquea. También podemos decir que estamos ante una disfagia orofaríngea cuando el paciente tiene la dificultad para tragar o se le atasca el alimento en la base de la garganta y se ahogue, tengas arcadas, tenga que toser o carraspear para que la misma se limpie. Igualmente, puede sentir que los líquidos bajan por la tráquea y suben por la nariz, esto puede provocar neumonía.

Disfagia Esofágica: En la disfagia esofágica el proceso deglutorio o imposibilidad de tragar se ve alterado en la tercera fase de la deglución, es decir, en el esófago. El bolo puede llegar al esófago pero habrá dificultad para que este llegue al estómago. El paciente tendrá

sensación de alimentos atascados en el pecho o tórax. De igual forma, el usuario puede sentir que los alimentos se quedan atascados en la base de la garganta o pecho.

Cuadro N°8 Clasificación de las disfagias por Disfagia Orofaringéa y Esofágica

Clasificación de las disfagias y sus causas	
Disfagia Orofaringéa	Disfagia Esofágica
<p>Entre las causas tenemos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neuromuscular <ul style="list-style-type: none"> ○ ACV ○ Enfermedad de Parkinson ○ Esclerosis múltiple ○ Esclerosis lateral amiotrófica ○ Poliomiелitis 2. Obstrucción mecánica <ul style="list-style-type: none"> ○ Divertículo de Zenker ○ Absceso retrofaringeo ○ Osteofito cervical 3. Trastornos del músculo esquelético <ul style="list-style-type: none"> ○ Polimiositis ○ Miastenia Gravis 	<p>Entre las causas existen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obstrucción mecánica <ul style="list-style-type: none"> ○ Membrana y anillos ○ Neoplasias ○ Divertículos ○ Arteria subclavia aberrante (disfagia lusoria) ○ Aorta aumentada de tamaño (disfagia aórtica) 2. Trastornos de la motilidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Acalasia ○ Trastorno espástico ○ Esclerodermia ○ Enfermedad de Chagas 3. OTRAS

<ul style="list-style-type: none"> ○ Distrofia muscular <p>4. Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Depresión ○ Síndrome de Sjögren ○ Fármacos ○ Radiación 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes ○ Alcoholismo ○ Reflujo gastroesofágico.
--	---

Fuente: (Strada)

- **Deglución atípica**

Deglución atípica: según Jiménez (2016) señala que la deglución atípica se ha dado debido a la succión que no es para alimentarse, es decir, chupetes, chuparse el dedo, entre otros. De igual forma, los biberones, la respiración bucal, enfermedades del sistema nervioso central y alteraciones en el individuo. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a su etiología”.

La deglución atípica es el incorrecto posicionamiento de las estructuras orofaciales a la hora de alimentarse, es decir, cuando la lengua, mandíbula, dientes, paladar, encías, labios o lengua no están en el lugar correcto o no hacen el movimiento adecuado.

Existen 5 formas de deglución atípica:

1. Deglución atípica por interposición lingual.
2. Deglución con presión atípica de la lengua.
3. Deglución con contracción comisural.
4. Falta de maduración a nivel oro facial.
5. Frenillo lingual y/o labial, respiración bucal y amígdalas hipertróficas inflamadas.

- **Patologías en las que se ve alterada la deglución**

A. Enfermedades neurodegenerativas

Esclerosis múltiple (ELA): es una enfermedad crónica del sistema nervioso central en la que se ve afectada la mielina, es decir, la capa que recubre las fibras nerviosas debido al sistema inmunitario. Por ende habrá dificultad al momento de llevar la información del cerebro al resto del cuerpo y esto causa daño cerebral progresivo. (Nava, Noviembre, 2009). JACKSINY

La causa de esta enfermedad se desconoce; sin embargo, hay numerosas teorías. Se cree que se debe a varios factores. La hipótesis más aceptada determina que se debe a una tendencia hereditaria y un factor ambiental desconocido que probablemente aparecerá antes de los 15-16 años. Se cree que se debe a un virus antígeno que aparecerá en edad temprana y el mismo cuerpo provocará anticuerpos contra su propia mielina y esto provocará la desmielinización con el paso del tiempo.

Signos y síntomas: los principales síntomas son: dolor, fatiga, convulsiones, alteraciones motoras o atrofia muscular, debido a la afectación de las motoneuronas, alteraciones sensitivas, alteraciones cerebelosas, de tronco cerebral, de control de esfínteres, como necesidad de orinar muy frecuente o incontinencia, problemas intestinales, como estreñimiento, trastornos cognitivos y emocionales, problemas con la memoria reciente o de corto plazo, concentración, discernimiento y razonamiento, alteraciones visuales que se dan como visión doble o borrosa, movimientos oculares involuntarios, incluso, en ocasiones pérdida total de la visión. Hay diferentes síntomas relacionados a la EM como el cansancio, dificultad al hablar, dificultad en la articulación, habla lenta, cambios en el ritmo del habla, debilidad en los miembros o extremidades, vértigo o falta de equilibrio, temblores sensación de hormigueo, dificultad para andar o coordinar los movimientos, rigidez muscular, espasmos, de igual forma se verá afectada la sexualidad y/o intimidad.

Tipos: actualmente existen 5 fenotipos. Sin tomar en cuenta el Síndrome Clínico Aislado (SCA), que es el primer estadio o síntoma indicador de que estamos ante una Esclerosis

Múltiple, este es el primer evento neurológico que se da con una lesión en la sustancia blanca, que puede recuperarse parcial o totalmente. Los tipos de EM son:

- Esclerosis Múltiple Remitente-Recidivante (EMRR): es la más común diagnosticada. Inicia con brotes o episodios neurológicos que puede recuperarse parcial o totalmente, puede dejar secuelas.
- Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva (EMSP): con el paso de los años empeoran los brotes o secuelas neurológicas

Formas progresivas, estos son los tipos que se da con un aumento continuo, no obstante puede tener periodos estables:

- Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva (ESPP): usualmente se diagnostica en edades avanzadas y se irá desarrollando de forma progresiva, la aparición de los síntomas podría ser invalidante y puede que los usuarios no respondan a los tratamientos. Los pacientes pueden presentar periodos de estabilidad y ocasionalmente mejoras.
- Esclerosis Múltiple Progresiva Recurrente (EMPR): se agrava de forma progresiva e implica un mayor grado de discapacidad.

Y por último:

- Esclerosis Múltiple Forma Benigna (EMFB): este fenotipo permite que el paciente pueda preservar capacidad funcional en el sistema neurológico, sin embargo, puede derivar a otros tipos de EM.

¿Cómo se ve afectada la deglución? Esta función se ve afectada en la EM debido a que en esta enfermedad el sistema nervioso central y la mielina se ven deterioradas y como efecto el tronco encefálico que regula la deglución no puede llevar a cabo la actividad. Puede iniciar con síntomas como: tos o atragantamiento, sensación de restos de comida atorados, pulmones afectados por desvío de los alimentos y líquidos a la vía aérea, malnutrición o deshidratación, pues la comida no llega al estómago en ocasiones.

Parkinson: Es una enfermedad neurodegenerativa que afecta el sistema nervioso central en el área que se encarga de la coordinación, tono muscular y movimiento. El doctor James Parkinson en su trabajo médico conocido como “An Essay on the Shaking Palsy” (Ensayo sobre la Parálisis Agitante), de 1817 describió lo que hoy conocemos como Parkinson llamándolo parálisis agitante. Fue la primera persona en describir la condición que hoy se considera una enfermedad y lleva su nombre (Vásquez, 2004).

Las causas de la enfermedad del Parkinson no son certeras, sin embargo, algunos factores pueden hacer que una persona sea más vulnerable a padecer. Entre ellos están los factores genéticos, ambientales y microbianos: factores genéticos, factores ambientales y factores microbianos.

Factores de riesgo: Algunos factores de riesgo de la EP son:

- La edad: es importante destacar que se da en edades más avanzadas pocas veces en jóvenes y los riesgos son mayores con la edad. Usualmente se da en pacientes de 60 años en adelante.
- Predisposición genética: el hecho de tener un familiar con la enfermedad de Parkinson incrementa las probabilidades de desarrollarla, sin embargo, el riesgo no es tan alto.
- Sexo en el sexo masculino hay mayor predisposición que en las mujeres de desarrollar esta enfermedad.
- Exposición a toxinas: la exposición a pesticidas y herbicidas.

Signos y síntomas: Los signos y síntomas más comunes son las alteraciones motoras, que al principio se dan de un solo lado del cuerpo y posteriormente en el lado contrario. Estos síntomas son:

- Temblores: aquellos movimientos involuntarios son el síntomas más común de esta enfermedad. Esto inicia en las extremidades como dedos y manos o en extremidades inferiores. Puede afectar músculos como lengua y mandíbula, pero pocas veces tronco y cuello.
- Rigidez muscular: esto puede causar dolor y limita el movimiento.

- Aumento del tono muscular.
- Disminución de la distensión durante la movilización pasiva.
- Resistencia a la extensión y facilidad para la flexión.
- Acinesia: es la pérdida o falta de movimiento y se puede dar de 3 formas:
 1. Hipocinesia: es la disminución de la velocidad de movimientos voluntarios y limitación de su extensión.
 2. Bradicinesia: es el movimiento lento y eso termina en la desaparición del movimiento, esto incluye dificultad para realizar tareas que solían ser fáciles antes.
 3. Marcha parkinsoniana: es cuando se tiende a flexionar y hay dificultad en la marcha.
- Alteración en la postura y el equilibrio.
- Pérdida de movimientos automáticos.
- Cambios en el habla y escritura.
- Y por último, disfagia por alteraciones en la musculatura temporomandibular.

Tipos: según (Chaná, 2010) podemos clasificar los tipos de temblores en 3 tipos: tipo I, es el que se da durante el reposo y postural con la misma frecuencia. Tipo II, es el temblor de reposo y postural/cinético. Por último, el Tipo III es temblor postural/cinético y temblor de reposo monosintomático.

¿Cómo se ve afectada la deglución? debido a que el Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa esto trae consigo alteraciones motoras y entre ellas la disfagia. Según (Mamolar, Santamarina, Granda, Fernández, Rodríguez, & Álvarez, 2017) lo que más afectado se ve es la eficacia y la seguridad al deglutir, esto provoca alteraciones respiratorias, desnutrición, deshidratación y neumonías por aspiración.

Demencia: según “Alzheimer’s Association” la demencia es el deterioro de la capacidad mental. No es una enfermedad en sí, sin embargo afecta la vida cotidiana del paciente. Son

todos los síntomas que engloban el deterioro o pérdida de la memoria y ciertas habilidades del pensamiento.

La causa de esta enfermedad se da debido al daño de células nerviosas, igualmente puede ocurrir en pacientes con enfermedades del neurológicas, como en el Alzheimer, Parkinson, lesión cerebral, enfermedad de Jakob-Creutzfeldt, parálisis supranuclear progresiva, Síndrome de Gerstmann-Straussier-Scheinker, Esclerosis múltiple, enfermedad de Huntington, entre otros.

Signos y síntomas: en la demencia se ve afectada la parte cognitiva. Los principales signos y síntomas son la pérdida total o parcial de la memoria de corto plazo, cambios en la personalidad o conducta, psicosis, alucinaciones, ideas delirantes o paranoia, se dificulta el aprendizaje, y retención de información, agnosia, apraxia, afasia, en ocasiones convulsiones, cambios en los horarios de sueño. En pacientes con demencia grave se ve una dificultad en actividades de la vida diaria, como caminar y tragar.

Tipos: los más conocidos son: Enfermedad de Parkinson, Demencia vascular, Demencia por cuerpo de Lewy, Demencia frontotemporal y Demencia asociada a HIV.

Factores de riesgo: edad, antecedentes familiares y Síndrome de Down.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: se puede desarrollar disfagia en etapas avanzadas, incluso esto podría ser señal de demencia en fase terminal. Esto se debe a que al ser una enfermedad neurodegenerativa afecta la parte neuromuscular y durante la deglución participan más de 50 pares de músculos. Por otro lado, es una actividad que se da debido al movimiento de estos músculos que solo se da si el tronco del encéfalo recibe la información cortical y sensorial periférica.

Incluye alteraciones en la eficacia, lo que provocará desnutrición y deshidratación. Por otro lado, alteraciones en la seguridad al deglutir, provocando atragantamiento, aspiraciones y neumonía. Algunos signos de disfagia que nos ayudarán en sospecha serán: más tiempo al comer, tos, atragantamiento al ingerir líquidos, cambios en la voz, perder peso, infecciones, entre otros.

Alzheimer: Según Oviedo la enfermedad neurodegenerativa conocida como Alzheimer es el tipo de demencia más común y conocido actualmente, afecta la memoria, pensamiento, comportamiento y funcionalidad del ser humano que la padece. El Alzheimer es un deterioro cognitivo en general, más formal o el síntoma más común es la pérdida de la memoria, por ende conlleva la alteración de otras habilidades mentales y suele darse entre los 60 años en adelante. Además de la memoria, pensamiento, comportamiento y funcionalidad, afecta el lenguaje (hablar, leer y escribir). Con el empeoramiento de la enfermedad los pacientes llegan a no reconocer a sus familiares, desarrollar ansiedad, volverse agresivos y querer alejarse de casa. Esta enfermedad no se puede detener, si bien, hay muchos fármacos que ayudan con el control o empeoramiento de los síntomas.

Las causas exactas no se saben, sin embargo, se sabe que son alteraciones en la parte proteica del cerebro e interrupción en las células cerebrales. Se podría decir que se da porque se reduce la producción de acetilcolina que es un neurotransmisor en el cerebro, lo que conduce a una disminución en el funcionamiento del circuito colinérgico del SNC. Muchos científicos piensan que se da por el conjunto de factores de riesgo, como los genéticos, ambientales y el estilo de vida que lleve la persona.

Signos y síntomas: en primer lugar el principal síntoma es la pérdida de la memoria reciente o de corto plazo. Al igual que en otras patologías con el paso del tiempo se van deteriorando otros aspectos neurológicos, lo que hace difícil realizar actividades sencillas y habituales.

- Pérdida de memoria: Se manifiesta como dificultad para recordar acontecimientos y diálogos realizados en un tiempo cercano. Por ejemplo: olvidar alguna conversación importante, el nombre de alguien, donde colocamos algún objeto, perderse en lugares conocidos, dificultad para recordar palabras, expresar pensamiento, entre otros. Inicia con la pérdida de la memoria de corto plazo y posteriormente afecta la memoria a largo plazo, olvidando miembros de la familia e incluso cosas personales.

- Pensamiento y razonamiento: esta enfermedad altera la capacidad de razonar y condiciona el pensamiento, lo que va a dificultar la utilización de números o expresiones matemáticas.
- Cambios en la personalidad y conducta: el paciente tendrá cambios repentinos en su carácter, se puede volver irritable o agresivo, se puede decaer, estará en constante confusión y desorientación, se volverá apático, desconfiados, cambios en los horarios de sueño, delirios, pérdida de inhibición, entre otros.
- Afasia: la afasia es un trastorno o alteración del lenguaje que se produce por lesión cerebral que afectará el lenguaje expresivo o comprensivo, la lectura y la escritura.
- Apraxia: según (Huang, 2019) la apraxia es una dificultad en la realización de las destrezas motrices consecuencia de lesión cerebral.
- Inteligencia espacial: se verá afectada la orientación, aún hasta en lugares ya conocidos.

Tipos: por tiempo de aparición se puede decir que hay dos tipos de Alzheimer:

- Alzheimer de aparición tardía: es la más usual y es la que se desarrolla luego de los 60 años, tiende a heredarse, no se da por genes.
- Alzheimer de aparición temprana: este es aquel que se desarrolla antes de los 60 años. Es el menos conocido y usualmente empeora más rápido, al igual que la tardía puede heredarse y se han identificados múltiples genes.

Factores de riesgo: entre los factores de riesgo más relevantes está la exposición a pesticidas, el colesterol, la hipertensión arterial, la hiperhomocisteinemia, el abuso de tabaco, los traumatismos craneoencefálicos. Por otro lado, con evidencia más débil está la exposición a aluminio, campos electromagnéticos, obesidad, hiperinsulinemia, diabetes, alcohol, anemia crónica, entre otros. (Campdelacreu, 2014).

¿Cómo se ve afectada la deglución? Según (Baena González & Guillermo, 2016) el 84% de las personas con Alzheimer desarrollan alteraciones deglutorias. Se caracteriza por aspiración de alimentos que pueden ser silentes por lo cual se hace más peligroso, y hay

riesgos de deshidratación y desnutrición severa. Se le conoce como disfagia neurógena y se relaciona con una baja en calorías y proteínas,

B. Lesiones neurológicas

Accidente cerebro vascular (ACV): es una lesión neurodegenerativa que se da cuando el flujo o suministro de sangre se detiene, interrumpe o reduce. Lo que impide que llegue el oxígeno y nutrientes al cerebro por unos segundos y esto puede ocasionar que las células cerebrales mueran en cuestión de minutos. (MayoClinic, Feb. 07,2020).

Hay dos factores que pueden causar un ACV: en primer lugar, está el accidente cerebrovascular isquémico, que cuando un sanguíneo es bloqueado por un coágulo o taponado por una sustancia llamada placa. Y puede ocurrir un accidente cerebrovascular hemorrágico, que ocurre cuando ese vaso o arteria se filtra o se rompe.

Signos y síntomas: hay que prestar atención a los signos y síntomas para identificar cuándo estamos ante un ACV. Los signos y síntomas más comunes son: dificultad en el lenguaje oral o comprensivo, parálisis, debilidad o entumecimiento del rostro, brazo o pierna, problemas para ver, dolor de cabeza. Y dificultad para caminar.

Tipos:

- Accidente cerebrovascular isquémico: es el más común, es el bloqueo de los vasos sanguíneos y hay dos tipos de ACV isquémico:
 - Accidente cerebrovascular trombótico: se forma un coágulo en una arteria muy estrecha.
 - Accidente cerebrovascular embólico: el coágulo se desprende y se traslada al cerebro, se le conoce como embolia cerebral.
- Accidente cerebrovascular hemorrágico: se da cuando un vaso sanguíneo se rompe o llega a gotear.

- **Accidente isquémico transitorio:** es lo que podríamos llamar un mini accidente cerebrovascular. Se da como un período temporal de síntomas similares al ACV.

Factores de riesgo: frecuencia cardíaca irregular, presión arterial, colesterol alto, diabetes u obesidad, ser hombre, aumento de edad, posterior a los 55 años, origen étnico (las personas de raza negra son más propensas), apnea del sueño, alguna enfermedad cardiovascular, antecedentes de ACV en la familia, ataques cardíacos o accidente isquémico transitorio, malos hábitos o mal estilo de vida, como alcohol, drogas, cigarrillos o exposición a humo, malos hábitos alimenticios y falta de ejercicio, las mujeres tienen riesgo durante el embarazo y toman terapia de reemplazo hormonal y por último, infección por COVID-19.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: Se da con neumonía aspirativa, deshidratación y desnutrición. Al ser una enfermedad que afecta el SNC altera los nervios, la unión neuromuscular o los mismos músculos que producen la deglución.

Traumatismos craneoencefálicos (TCE): Según el Dr. Chuchuca podemos decir que traumatismo craneoencefálico es una lesión que se da de forma física o como deterioro del contenido relacionado al cráneo, debido a un intercambio brusco de energía mecánica. Esto incluye causas como una conmoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro o del tronco del encéfalo hasta el nivel de la primera vértebra cervical.

Es una lesión craneoencefálica que usualmente se da por golpes, impactos, sacudidas, caídas, choques, explosiones, o algo que penetre el cráneo y no permita su funcionamiento regular. Los casos más comunes o conocidos son los siguientes:

- Caídas.
- Accidentes automovilísticos.
- Casos de violencia.
- Lesiones relacionadas al deporte.
- Explosiones.

Signos y síntomas: los signos y síntomas pueden variar dependiendo del grado de la lesión y los podemos dividir como físicos, sensoriales y cognitivos:

Signos y síntomas físicos:

- Pérdida de conocimiento momentánea.
- Aturdimiento, confusión o desorientación.
- Cefalea o dolor de cabeza.
- Náuseas y vómitos.
- Fatiga o somnolencia.
- Dificultades en el habla.
- Alteraciones en los horarios del sueño.
- Mareo o trastornos asociados al vértigo.
- Disfagia.

Signos y síntomas sensoriales

- La vista: visión borrosa y sensibilidad a la luz.
- El oído o audición: se presentan zumbidos y sensibilidad a sonidos.
- Lengua o gusto: provoca sabores desagradables en la boca.
- Olfato: cambios en el sentido del olfato.

Signos y síntomas cognitivos:

- Alteraciones en la memoria.
- Dificultades para la concentración.
- Alteraciones en el lenguaje.
- Cambios en el comportamiento

Tipos: Los tipos de traumatismos craneoencefálicos:

- Hematoma subdural agudo.
- Hematoma subdural crónico.
- Fractura de la base del cráneo.

- Contusión cerebral.
- Conmoción.
- Daño axonal difuso.
- Hematoma epidural.
- Hemorragia subaracnoidea.

Factores de riesgo: es importante destacar que un traumatismo craneoencefálico puede ocurrir a cualquier edad y en cualquier situación, sin embargo, hay casos en los que se puede tener mayor riesgo como:

- Niños, entre el nacimiento y los 4 años de edad.
- Adultos mayores de 60 años de edad.
- Personas entre 15 a 24 años.
- Hombres.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: es de conocimiento general que el proceso deglutorio se puede ver afectado en los traumatismos craneoencefálicos, pues al ser lesiones en la corteza o tronco cerebral se ve comprometida la deglución y más si se trata de lesiones en el rostro, cuello o tórax. Se ven alterados el selle labial, la movilidad de la lengua, los reflejos orales y deglutorios, se da acumulación del bolo alimenticio, disminución en el cierre velofaríngeo, alteración en el cierre de la vía aérea, paresia o parálisis faríngea y disminución cricofaríngea. (Villarreal Salcedo, Bascuña Ambrós, & García García, 2009).

Parálisis cerebral: La parálisis cerebral es una lesión que ocurre en edades tempranas del ser humano, es decir, desde el comienzo de la vida hasta los 3-4 años que es cuando el SN se termina de desarrollar. Se da cuando áreas del cerebro que controlan movimiento y postura no llegan a desarrollarse de manera adecuada o se lesionan. Son un grupo de trastornos que afectan a la persona en capacidad de movimiento, equilibrio y postura. Puede estar ligado a otras afecciones médicas como: convulsiones o discapacidad mental. Algunos nacen con parálisis cerebral, otros la adquieren después del nacimiento.

Una parálisis cerebral se puede dar por distintos factores, sin embargo, todas son causadas por interrupciones en el desarrollo cerebral. Las causas pueden ser: mutaciones genéticas, infecciones maternas, accidente cerebrovascular fetal, sangrado dentro del cerebro, infecciones infantiles, lesión traumática en la cabeza y falta de oxígeno.

Según un estudio de (Campos, Bancalari, & Castañeda) que realizaron con 102 casos, las razones más comunes eran por causas perinatales en un 70% y causas prenatales un 57.5%, por último, las causas postnatales se dieron en un 13.7%. Por otro lado, en 7 pacientes se establecieron múltiples causas.

Signos y síntomas: los síntomas más comunes son los siguientes:

- Ataxia, incoordinación muscular o falta de control en los movimientos.
- Falta de fuerza en brazos y piernas

Tipos: los 4 tipos de parálisis cerebral conocidos son: PC espástica, PC discinética (distónica o atetósica), PC atáxica y PC hipotónica.

Factores de riesgo: Estos son los factores más comunes que pueden aumentar las posibilidades de presentar una parálisis cerebral son:

- Los bebés que nacen bajo peso y los prematuros tienen alto riesgo de padecer una parálisis cerebral y otras patologías.
- En los casos de partos múltiples, ya sea, de gemelos, trillizos u otros hay riesgo de PC y más en casos en los que muere uno.
- En tratamientos para concebir bebés.
- En infecciones en la etapa del embarazo.
- En casos de afecciones por parte de la madre, como tiroidismo, discapacidad cognitiva, convulsiones, entre otras.
- En la ictericia (coloración amarilla en la piel por bilirrubina alta) y en el kernicterus (afección o complicación que se pueda dar si la ictericia no se trata en el debido tiempo)

- Problemas durante el parto, puede ser el útero desprendido, problemas para que el oxígeno llegue al bebé, entre otros.
- Que la madre tenga fiebre.
- Exposición a químicos.
- No colocar las vacunas necesarias.
- Lesiones en los bebés.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: la PC está asociada a la disfagia orofaríngea y esta desarrolla otras complicaciones como aspiraciones, obstrucciones, infecciones y neumonía. Estos pacientes tienden a tener obstrucciones en los bronquios, infecciones en los pulmones y neumonías aspirativas. Estas complicaciones pueden provocar hospitalizaciones e incluso la muerte. Esto se puede observar cuando el paciente presente signos como tos, respiración con ruidos, obstrucción del sueño, humedad al momento de emitir sonidos, falta de oxígeno y ahogamientos al momentos de tragar,

Miastenia gravis: enfermedad crónica que se da en pacientes de todas las edades y afecta el sistema inmunológico y la musculatura del cuerpo, especialmente los músculos de los pares craneales. Inicia con trastornos oculares y con el paciente sintiéndose débil y perdiendo fuerzas y se debe a una disminución en las defensas del sistema inmune (G.a.Suarez, Nov,2015).

Esta enfermedad es causada por una baja o destrucción en el número de receptores de una sustancia llamada acetilcolina que está en el SNC y hace de mensajera en el sistema neuromuscular, por ello se ven afectados varios mecanismos.

Signos y síntomas: como antes mencionamos esta enfermedad se caracteriza por una debilidad en la musculatura y agotamiento o cansancio del cuerpo y/o agotamiento mental. Daño en los músculos de la cara, garganta, cuello y extremidades. Al afectar la musculatura, tienen dificultades al momento de hablar/articular, masticar, tragar, respirar, cambios en las expresiones faciales, utilizar brazos y piernas, control del cuello, entre otras. En cuanto a la parte ocular, tiene caída de los párpados y visión doble.

Tipos: hay dos tipos de Miastenia Gravis conocidos:

- Miastenia Sistémica: que da a las personas de la tercera edad, causando mucho cansancio y debilidad y síntomas afectando la visión.
- Miastenia Ocular: este tipo de MG es el más común, siendo el 60% de las miastenias y afectando la visión en el 90% de los casos. Entre los síntomas oculares está: la caída de párpados, visión doble, nistagmo, es decir, movimientos involuntarios, que pueden ser de lados a lado o de arriba hacia abajo, circular o todos.

Factores de riesgo: Estos son factores que pueden incidir en desarrollar esta enfermedad o agravar su estado: fatiga, otras enfermedades, mucho estrés, uso de ciertos medicamentos y embarazos.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: Aproximadamente el 15% de los pacientes con Miastenia Gravis presentan disfagia y esto es debido a las afecciones musculares lo que provoca un daño en la musculatura orofaríngea impidiendo que el paciente pueda tragar. La disfagia puede ser tanto leve como severa, lo que puede causar que el paciente no pueda alimentarse vía oral y trayendo consigo síntomas como desnutrición o deshidratación. Estos pacientes también tienen riesgo de regurgitación nasal y de aspirar, por lo cual, en ciertos casos necesitarán soporte respiratorio y nutricional como sondas.

Miopatías: son un conjunto de enfermedades que afectan el sistema inmune y musculatura del cuerpo. Las mismas se caracterizan por un resultado inflamatorio que tras pasar tiempo dañará o debilitará el sistema muscular (Nava, Noviembre, 2009).

Estas enfermedades son debido a trastornos genéticos en los cromosomas, no obstante, la causa va a depender de qué tipo de miopatía estamos enfrentando. En cuanto a las miopatías endocrinas se produce por exceso o deficiencia de hormonas (miopatía esteroidea: por exceso de esteroides). En las miopatías tóxicas, se dan por exposición a químicos o fármacos. Y por último, en las miopatías inflamatorias son enfermedades autoinmunes que dañan los músculos y producen inflamación.

Signos y síntomas: Los síntomas van a depender del tipo de Miopatía, sin embargo, entre los síntomas generales tenemos:

- Debilitamiento y pérdida del tono muscular.
- Poca fuerza.
- Afecciones motoras.
- Contracciones musculares.
- Debilidad facial y caída de los párpados.

Tipos: Existen múltiples tipos de miopatías y estas pueden ser adquiridas o hereditarias. Las más comunes son: miopatías de cuerpos centrales, miopatía centronuclear, miopatía congénita por desproporción del tipo de fibra, miopatía nemalínica, miopatía multimininuclear, miopatía miotubular, miopatías hereditarias del cuerpo de inclusión, distrofia muscular facioescapulohumeral, miopatías mitocondriales, distrofias o síndromes miotónicos, miopatía de Duchenne y miopatía de Becker.

Factores de riesgo: entre los factores de riesgo tenemos trastornos que afecten el sistema inmunológico, trastornos del sistema endocrino, infecciones, exposición a toxinas, falta de vitamina D, A o E, trastornos metabólicos, entre otros.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: los pacientes al presentar debilidad muscular tendrán debilidad en la musculatura del esófago y pueden desarrollar disfagia, regurgitación nasal, aspiración y neumonía.

C. Síndromes

Síndrome de Down: es una afección de tipo genética que se da por el hecho de nacer con un cromosoma de más o extra en el cromosoma 21, a esta alteración se le conoce como trisomía y en el caso de Síndrome de Down al ser en el cromosoma 21, su término médico es trisomía 21 (Ramírez, Agosto,2019).

El síndrome de Down se da debido a una anomalía o alteración genética en la que el cromosoma 21 produce una copia que puede ser total o parcial y esto provoca cambios en

las características físicas y cognitivas del individuo. Esto se da por un fallo durante la formación del óvulo o espermatozoide.

Signos y síntomas: los signos y síntomas los dividiremos en 3 partes, síntomas físicos, síntomas intelectuales y de desarrollo, y por último, enfermedades o trastornos asociados:

- Síntomas físicos: Poco tono muscular, rostro aplanado, nariz aplanada, ojos hacia arriba, cabeza pequeña, manchas blancas en el ojo, cabeza, orejas y boca pequeñas, dedos cortos, manos y pies pequeños, flexibilidad excesiva, baja estatura, cuello corto y exceso de piel en la nuca.
- Síntomas intelectuales y de desarrollo: Dificultad para prestar atención, retraso del desarrollo de lenguaje y habla, dificultad en la toma de decisiones, lento aprendizaje, deterioro cognitivo de leve a moderado, dificultad en la memoria de corto y largo plazo y comportamiento impulsivo.
- Enfermedades o trastornos asociados: autismo, enfermedades hormonales, enfermedades glandulares, problemas auditivos, problemas visuales, trastornos cardíacos y alteraciones deglutorias.

Tipos: hay 3 tipos de trisomía 21 conocidos:

- La trisomía 21 completa: se da por un fallo en el óvulo o en el espermatozoide en el cual uno de los dos produce un cromosoma extra, por lo tanto cuando se unan las células resultantes tendrán tres copias del mismo cromosoma 21.
- La trisomía 21 mosaico: las células no son iguales y la mayoría de las células tienen un cromosoma extra, sin embargo algunas no lo tienen. Se da por un fallo en la división celular.
- La trisomía 21 por translocación: las células sólo tienen una parte de la copia extra del cromosoma 21 y esta parte extra se adhiere a otro cromosoma.

Factores de riesgo: entre los factores de riesgo tenemos de algunos padres de tener un bebé con síndrome de Down: edad avanzada de la madre, tener un hijo con síndrome de Down o ser portadores de translocación genética de síndrome de Down.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: Entre las características de la deglución en personas con síndrome de down tenemos que estos pacientes presentan hipotonía con probabilidades de apertura bucal y protrusión lingual, alteraciones en los órganos orofaciales, cavidad oral estrecha, aparición tardía de los dientes, maloclusión dental, forma ojival en el paladar duro, lengua de gran tamaño e hipotónica, algunos casos presentan macroglosia y frenillo sublingual, el 90% de los casos presentan enfermedad periodontal, hipotonía labial y poco cierre labial, hipotonía orofaríngea lo que dificulta la deglución. (Quezada, Sierra, & Ursic, 2012)

Síndrome de Sjogren: es una enfermedad de tipo crónica que afecta el sistema inmune y se caracteriza por daño a nivel de las glándulas exocrinas, afectando ojos y boca. El SS puede ser primario o secundario y suele estar ligado a otras enfermedades como artritis o lupus (Diez, Abril-Junio, 2010).

Esta enfermedad es causada por un error en el sistema inmune en el cual las células inmunitarias en vez de proteger atacan las células sanas de las glándulas que producen las lágrimas y la saliva. Científicos creen que se da por genética, factores ambientales o debido a infecciones por virus o bacterias.

Signos y síntomas: los principales síntomas serán las afecciones de las glándulas que producen las lágrimas y saliva, por ende, el paciente tendrá boca seca y ojos secos, lo que producirá dificultad para tragar y masticar, y ardor, picazón en lo ojos, visión borrosa y molestia a la luz.

El síndrome de Sjögren puede afectar otras partes como: dolor en las articulaciones o músculos, erupciones en la piel de las manos y pies, sequedad vaginal, fátiga, tos, entumecimiento u hormigueo en manos y pies y piel seca.

Tipos: hay 2 tipos de este síndrome, primario y secundario:

- Primario: se da solo, sin otras enfermedades.
- Secundario: está ligado a otras enfermedades del sistema inmunológico.

Factores de riesgo: entre los factores de riesgo están: ser de sexo femenino, tener entre 40 y 60 años, tener enfermedades reumáticas o autoinmunes.

¿Cómo se ve afectada la deglución? Pueden presentar alteraciones funcionales y motoras esofágicas y disfagia debido a las degluciones secas.

Síndrome de Guillain Barré: son una serie muy variada de neuropatías periféricas mediadas inmunológicamente que se presenta generalmente con una parálisis motora simétrica con o sin afectación sensorial y autonómica.

Actualmente se desconoce la causa de este síndrome, sin embargo, se cree que está ligado a infecciones, pues dos tercios de los pacientes tuvieron síntomas de infecciones semanas anteriores.

Signos y síntomas: debilidad en el tono muscular, parálisis, poca coordinación, sensibilidad, entumecimiento, alteraciones en la visión, tensión en los músculos de la cara, palpitaciones, contracciones musculares, dificultad en la deglución, babeo, dificultad para respirar y ausencia temporal de la respiración.

Tipos: se presenta de distintas formas, sin embargo, los principales tipos son:

- Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda: se caracteriza por débil tono muscular en las partes inferiores del cuerpo, que posteriormente se extiende.
- Síndrome de Miller Fisher: se da como una parálisis en los ojos y dificultad en la marcha.
- Neuropatía axonal motora aguda y neuropatía axonal sensorial motora aguda.

Factores de riesgo: infección por Campylobacter, virus de la influenza, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus de Zika, hepatitis A, B, C y E, neumonía por micoplasma, cirugías, traumatismos, linfoma de Hodgkin y vacunas .

¿Cómo se ve afectada la deglución? En los casos más graves se puede ver afectada la deglución y el habla, los músculos faciales están débiles lo que puede provocar ahogamientos durante la deglución, deshidratación y desnutrición.

Síndrome de Prader Willi: es una alteración genética que se da debido a un error en el cromosoma 15. El mismo afecta de forma física, mental y conductual. Afecta de distintas formas, sin embargo, los síntomas más comunes son poca fuerza muscular, bajos niveles de hormonas sexuales y sensación constante de hambre (B Cano del Águilaa, Junio,2017).

Este síndrome es causado debido a la falta de un gen en el cromosoma 15, no obstante, se puede dar de distintas maneras: los genes del padre faltan en el cromosoma 15, hay errores en los genes del padre en el cromosoma 15 o hay dos copias del cromosoma 15 de la madre y no del padre.

Signos y síntomas: vamos a dividir los signos y síntomas por bebés y niñez a adultez:

Bebés:

- Poco tono muscular o hipotonía.
- Rasgos faciales distintivos como ojos en forma de almendras, cabeza estrecha, boca hacia abajo, labio superior delgado, etc.
- Reflejo de succión alterado.
- Capacidad de respuesta alterado o mala respuesta a la estimulación.
- Genitales subdesarrollados, pueden ser pequeños.

De niñez a la adultez:

- Múltiples antojos, por ende, aumento de peso.
- Fallas en el crecimiento y desarrollo.
- Alteraciones cognitivas y conductuales.
- Dificultad en el habla.
- Problemas de sueño.

Factores de riesgo: hay cosas que pueden hacer que una persona sea más propensa a tener este síndrome como la obesidad.

¿Cómo se ve afectada la deglución?: estos pacientes tienen hipotonía lo que producirá problemas de succión-deglución. Por otro lado, presenta hiperfagia que es un síntoma de hambre excesiva o falta de saciedad.

Síndrome de Huntington: es un desorden neuropsiquiátrico raro, que se presenta con síndrome Parkinsónico, crisis convulsivas mioclónicas y síntomas cerebelosos en ausencia de corea (Rev Mex Neuroci, 2015). Es debido a un error en un gen y la persona necesitará una copia del gen afectado para que se de el trastorno.

Signos y síntomas: los dividiremos en trastornos de movimiento, cognitivos, psiquiátricos y síntomas juveniles.

- Trastornos de movimiento: espasmos, alteraciones musculares, rigidez. movimientos oculares, alteraciones en la marcha, equilibrio alterado y dificultad en el habla y deglución.
- Trastornos cognitivos: problemas en la organización, en establecer prioridades y enfocarse, quedarse sumido en sus pensamientos, problemas conductuales, poco control de impulsos, falta de conciencia en las conductas, lentitud para procesar pensamientos, problemas para encontrar las palabras y dificultad para aprender información nueva.
- Trastornos psiquiátricos: depresión, irritabilidad, tristeza o apatía, insomnio, fatiga, poca energía, ideas sobre muerte, morir o suicidio, trastorno OCD (Obsesivo compulsivo), manías y bipolaridad.
- Síntomas juveniles: Cambios en la conducta, poca atención, mal desempeño escolar y problemas conductuales. Cambios físicos, músculos rígidos, problemas en la marcha, temblores o movimientos involuntarios, caídas o torpeza, convulsiones, entre otros.

Factores de riesgo: Familiares con este síndrome y edad (aproximadamente entre los 35-50 años).

¿Cómo se ve afectada la deglución?: en esta enfermedad los pacientes pueden presentar hipotonía, tener comprometidas las fases oral y faríngea de la deglución, pueden presentar mal cierre labial, residuos orales o faríngeos tras deglutir, cambios en la voz, neumonía por aspiración y desnutrición.

Capítulo N°4

Evaluación



Capítulo 4: Evaluación del Proceso Deglutorio

- **Proceso de evaluación y diagnóstico de la deglución**

El diagnóstico de la disfagia se da en medida de la enfermedad con la que esté vinculada, es decir, la patología de base pues en eso irá su gravedad. Sin embargo, para dar con un diagnóstico se deben hacer distintas formas de evaluación, entre ellas están obligatoriamente:

- A. La anamnesis:** En primer lugar como toda evaluación conlleva una historia clínica o anamnesis sumamente detallada para conocer la causa de la disfagia y con ello dar una intervención acertada. El especialista debe realizar un pequeño interrogatorio detallando toda la información pertinente al trastorno, es decir, datos del paciente, signos y síntomas, tiempo de padecer la disfagia, la profundidad o severidad, entre otros datos relevantes del paciente y el trastorno.
- B. La evaluación clínica o exploración física:** es un examen exhaustivo en el cual se debe chequear la salud, funcionamiento y sensibilidad de las áreas anatómicas que hacen posible la deglución como la cavidad oral que está conformada por los labios, dientes, paladar duro y blando, mandíbula, lengua y velo del paladar. Igualmente, los órganos involucrados en este proceso como la faringe, laringe y esófago. Asimismo, se debe examinar las etapas deglutorias, la musculatura oro facial (tono y movilidad), los reflejos, la masticación, la voz, respiración e incluso el lenguaje, pues, hacen posible todo este proceso.

Este estudio clínico lo podemos dividir en 4 partes:

1. Evaluación de la musculatura: este estudio profundo explora músculos faciales, labiales, linguales, palatinos y laríngeos. Y tiene como objetivo evaluar que cada músculo realice la acción que se espera de él, movilidad, simetría, tono, entre otros

aspectos. (Cámpora & Falduti, 2012). Los músculos que se examinan son los siguientes:

- a. Músculos de la boca: de dos formas, en primer lugar haciendo el cierre labial, que se da gracias al orbicular de los labios. Su examinación consiste en verificar que el usuario pueda contraer y protruir los labios. Además, la comprensión de la mejilla, que se da gracias a un músculo llamado buccinador. El test consiste en comprimir las mejillas.
- b. Músculos de masticación: la masticación se da con 4 procesos. En primer lugar: la apertura de la mandíbula, se da con el pterigoideo externo y los músculos suprahioideos. Esto se evalúa cuando se hace que el paciente abra la boca lo más posible y debe resistir a algún tipo de fuerza. En segundo lugar, el cierre mandibular se da con los músculos masetero, temporal y pterigoideo interno. Se examina cuando se encaja herméticamente la mandíbula. En tercer lugar, el desplazamiento mandibular lateral lo hacen posible el pterigoideo externo e interno. Esto se puede examinar con un test en el cual el paciente mueve la mandíbula de lado a lado. Y por último, la masticación también se da por la protrusión de la mandíbula, que es posible gracias a los pterigoideos internos y externos y se verifica su funcionamiento protruyendo la mandíbula como si se hiciera una arcada.
- c. Músculos de la lengua: podemos valorar de 6 formas diferentes: la exploración de la lengua que radica en la observación de la lengua en su posición natural en estado de reposo, se hace verifica sacando la lengua hacia afuera y esto lo hacen posible el músculo geniogloso y las fibras posteriores. La desviación de la lengua, que solo consiste en mover la lengua de un lado a otro. Además, la retracción de la lengua, que solo es retraer la lengua de afuera hacia adentro. Igualmente, podemos realizar la elevación posterior de la lengua, podemos verificar su funcionamiento encorvando la lengua y con esto estaríamos examinado los músculos estilogloso y palatogloso. Por otro lado, podemos hacer un acanalamiento de la lengua, que se basa en hacer como un canal con la lengua, lo causan el geniogloso y los músculos intrínsecos. Finalmente,

podemos verificar doblando la punta de la lengua, este ejercicio permite evaluar los músculos lingual superior y lingual inferior.

- d. **Músculos del velo del paladar:** el velo del paladar se inspecciona la elevación y abducción del paladar blando, los músculos que permiten esto son el periestafilino interno, periestafilino externo, el palatogloso y ácidos de la úvula. Hay un test mediante el cual podemos verificar y se da haciendo que el paciente emita un grito y así asciende el paladar.
 - e. **Músculos de la faringe:** la faringe se explora con contracciones durante la fonación y verificando su elevación. Una forma de verlo es haciendo que el paciente pronuncie un fonema y se comprueba la integridad de la contracción. Igualmente, en este proceso se debe evaluar el reflejo faríngeo de la laringe durante la deglución, el reflejo se hace aplicando presión y esto debe provocar la elevación. Y la laringe, podemos valorar la voz, y con ello detectar si hay anomalías durante la fonación. Se debe elevar y extender con facilidad.
2. Evaluación de reflejos de protección: entre los reflejos o mecanismos de defensa, están el nauseoso y el tusígeno. El reflejo nauseoso es cuando algo entra en contacto con la base de la lengua o parte posterior de la garganta y provoca náuseas y una contracción. El reflejo tusígeno, es aquel que provoca la tos.
 3. Evaluación con alimentos: se le facilitan alimentos de distintas consistencias al paciente para observar las etapas deglutorias, entre ello, se observa sincronización, coordinación y eficacia. Se define si hay buen cierre labial, residuos orales tras deglutir, si hay necesidad de deglutir múltiples veces, se le pregunta si tiene sensación de residuos la faringe, se toma en cuenta si hay regurgitación, aspiración, tos, o algún signo anómalo.
 4. Auscultación Cervical: esta es una herramienta que se hace con un estetoscopio para discriminar algún sonido anormal durante el proceso deglutorio. Se puede

realizar con la toma de líquidos, la pronunciación de fonemas y el aclaramiento de la garganta.

Y, entre las pruebas complementarias que se pueden hacer están las siguientes:

- a. Estudio dinámico o radiografía con material de contraste: es un estudio que consiste en ingerir una solución de bario, ya sea con alimentos o se ingiere una pastilla recubierta de bario la cual va a permitir que el alimento pueda verse en la radiografía y tomar radiografías, con ello, el especialista puede ver el proceso del alimento mientras es deglutido. Esto permite observar cómo pasa el alimento, si hay obstrucciones, la forma del esófago y la actividad muscular para dar con lesiones orgánicas.
- b. Esofagoscopia, endoscopia o examen visual del esófago: es un examen de las estructuras internas que se hace con un instrumento delgado, específicamente como una sonda flexible e iluminada (endoscopio). El cual se introduce por vía oral (la garganta) para evaluar el esófago y estructuras internas.
- c. Evaluación endoscópica por fibra óptica (FEES): este examen es realizado con un endoscopio para evaluar la presencia y gravedad de la disfagia. Se utiliza una cámara de fibra óptica que se pasa por la nariz hasta la garganta y se puede examinar cómo viajan los alimentos por la garganta. Se examina cómo se da el proceso deglutorio, si hay residuos de alimento pasado el proceso deglutorio y riesgos de aspiración. Por otro lado, se puede observar la consistencia de los alimentos y cómo se mezclan. Los alimentos se mezclan con colorantes para hacer más visible el alimento.
- d. Biopsia y citología: este examen va en conjunto con otros estudios. Es un procedimiento para evaluar los tejidos o células a través de análisis de laboratorio, lo que permite dar con un diagnóstico etiológico de la patología, es decir, indicar si estamos ante células, masas o zonas anómalas como cancerosas. Se extrae una muestra de la zona del cuerpo que se quiere evaluar y el estudio indicará si es una masa benigna o maligna.

- e. Videofluoroscopia (VPSS): la videofluoroscopia es un estudio que se hace con un examen de rayos X en el cual se ve el proceso de paso del bolo alimenticio. Se utilizan alimentos sólidos o líquidos mezclados con un componente de flúor que permite que se haga visible en la radiografía. El especialista puede observar si el proceso va sin interrupciones, si hay residuos de alimentos tras tragar, si hay aspiración y con ellos buscar una intervención adecuada.
- f. Manometría esofágica o examen del músculo esofágico: Es un estudio en el cual se pasa un catéter por la nariz, hacia el esófago y culmina en el estómago. Para evaluar que el esófago esté funcionando adecuadamente y de lo contrario poder diagnosticar si se está ante un trastorno. Esta prueba determina el correcto o mal funcionamiento del esófago cuando se traga, contrayéndose y empujando el bolo alimenticio. Este examen mide las contracciones, presión, fuerza y coordinación de los músculos del esófago. La manometría igualmente es un estudio de la motilidad esofágica y permite determinar el pH intraesofágico, y así evaluar si el paciente presenta ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico).
- g. Escaneo de imágenes: se hace a través de una tomografía o una resonancia magnética, es decir, se obtienen imágenes tipo rayos X a través del tomógrafo o la máquina de RM y son analizadas con una computadora para observar los órganos, huesos y tejidos involucrados en el proceso deglutorio.

- **Protocolo para la evaluación de la deglución**

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EFICACIA EN LA DEGLUCIÓN

I. ANAMNESIS

Datos de filiación				
Nombre y apellido:				
Edad:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	M	F
Procedencia:				
Teléfono:				
Fechas de evaluación:				
Informante:				
Persona que remite:				
Pruebas complementarias:				

Enfermedad actual
Tiempo de enfermedad:
Forma de inicio (brusco/insidioso):
Evolución o curso (progresivo/estacionario/episódico):
Síntomas y signos principales (en orden):
Relato cronológico:
Funciones biológicas (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, variaciones de peso):

--

Antecedentes
Patológicos: HTA, diabetes, etc.:
Familiares:

Alimentación
Evolución hasta la actualidad:
Utensilios usados:
Lugar:
Persona que alimenta:

Tratamientos
Médico:
Fármacos:
Terapia respiratoria:
Terapia Fonoaudiológica:
Terapia Ocupacional:
Terapia Física:
Nutriólogo:
Otros:

II. EXPLORACIÓN FUNCIONAL

Comunicación (trastorno del habla):
Disartria:
Anartria:

Tablero de comunicación: Otros:
Trastorno del comportamiento (describir conductas):
Obstrucción bronquial (falsa vía, bronconeumopatía):
Vía de alimentación: () oral () Parenteral () SNE () SOG
Signos vitales (reposo): FC:____ FR:____ SpO2: ____ T°: ____ PA:____
Respiración () Ambiente () Oxigenodependente () VM Traqueotomía: () No () Sí Cuff: () No () Sí () Inflada () Parcialmente inflado () Desinflado Válvula del habla: () No () Sí Tipo:_____
Alteraciones orofaciales asociadas Sialorrea (babeo): () No () Sí Boca seca: () No () Sí Secreciones espesas: () No () Sí Temblor Mandibular: () No () Sí Respiración oral: () No () Sí Laringoespasmos: () No () Sí Otros:
Control cervical: () No () Sí () Asistemático
Postura: () Decúbito dorsal () Sentado 45° () Sentado 90° Necesita de ajustes: () No () Sí Cuáles _____
Respiración: () nasal () oral () mixta () ruido () disnea () taquipnea () bradipnea
Cierre labial: () No eficiente () Eficiente
Sialorrea: () No () Sí
Reflujo nasal: () No () Sí
Postura de lengua () retraída () protrusión _____
Mandíbula: () funcional () no funcional

Estasis de saliva en la cavidad oral: () presente () ausente
Oximetría: _____
Auscultación cervical: () positivo () negativo

III. EXPLORACIÓN CLÍNICA

DEGLUCIÓN ESPONTÁNEA
Signos clínicos de aspiración: () tos () disnea () voz “húmeda”
Traqueotomía: prueba Blue Dye Test: () positivo () negativo
Oximetría:
Ausculata cervical: () positivo () negativo

OCLUSIÓN – EVALUACIÓN ESTRUCTURAL
Dentición: () completa () incompleta
Prótesis: () total () parcial () inferior () superior () buen estado () mal estado
Maloclusión:
Higiene oral: () buena () regular () mala () Gingivitis () Periodontitis

REFLEJO ORALES
Reflejo del vómito: () presente () ausente () exacerbado
Reflejo palatal: () presente () ausente () exacerbado

MOVIMIENTO VOLUNTARIO: movilidad aislada. N: normal A: alterada
--

	Movilidad	Velocidad	Amplitud	Fuerza	Precisión
Lengua					
Labios					
Mejillas					
Mandíbula					
Observaciones:					

EVALUACIÓN VOCAL
Tiempo máximo de fonación (promedio): / a /: _____ s/z: _____
Tos voluntaria: () no () sí ¿Cuántas? (3) _____
Intensidad vocal: () normal () reducida () aumentada
Después de la deglución de saliva: () normal () voz “húmeda”
Resonancia (espejo): () normal () hipernasal () hiponasal
Movilización laríngea: /a/ grave: () incompetente () competente /i/ agudo: () incompetente () competente

EVALUACIÓN FUNCIONAL CON ALIMENTOS
Postura: () sentada < 90° () echado < 90°
Con adaptaciones: () no () sí Cuáles: _____
DIETA OFRECIDA: () Líquida: () agua _____ ml () jugo _____ ml () Néctar: 200 ml de líquido + 10 g de espesante comercial (2 sobres) () Miel: 200 ml de líquido + 12,5 g de espesante comercial (2 ½ sobres) () Pudín: 200 ml de líquido + 15 g de espesante comercial (3 sobre)

<input type="checkbox"/> Sólidos: pan, manzana, plátano.
UTENSILIOS: <input type="checkbox"/> tenedor <input type="checkbox"/> sorbete <input type="checkbox"/> botella <input type="checkbox"/> jeringa <input type="checkbox"/> cuchara: <input type="checkbox"/> plástico <input type="checkbox"/> metal
OBSERVACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE Fase Preparatorio <input type="checkbox"/> Se alimenta solo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Eficiente: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Con adaptaciones: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cuáles_____

Fuente: (Paniagua, Susanibar, Giménez, Murciego, & García, 2019)

Capítulo N°5

Intervención



Capítulo 5: Intervención de las Dificultades D


- **Proceso de intervención o tratamiento de la deglución**

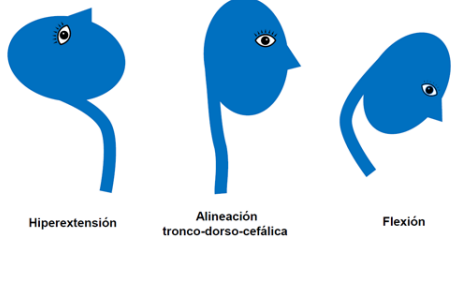
La intervención o el tratamiento de la disfagia depende de la patología que le acompañe, de esto depende la gravedad de la misma. Como es de conocimiento general el objetivo de cada tratamiento siempre será lograr una función deglutoria y alimentación segura y correcta. A continuación, se desglosan algunos tratamientos que se utilizan en la rehabilitación de la disfagia.

En el caso de la disfagia las estrategias de intervención se dividen en dos grupos, el primero se trata de las técnicas propias del tratamiento y el otro grupo abarca las técnicas de tratamiento compensatorias. A continuación, se detalla en el siguiente cuadro cada grupo.

- **Técnicas propias del tratamiento**

Cuadro N°9 Proceso de intervención: técnicas propias del tratamiento

Técnicas propias del tratamiento	Esta se divide en:
 <p data-bbox="298 1619 743 1650">Fuente: Praxias de disfagia – Pinterest.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Praxias Neuromusculares: esta tiene como objetivo mejorar el movimiento en conjunto de los músculos que intervienen en el proceso deglutorio. Además de mejorar a su vez el tono y motilidad de estas estructuras.• Maniobras deglutorias: existe una amplia variedad de maniobras, cada una tiene su objetivo. Cabe resaltar que la evaluación de cada maniobra



Fuente: Guía metabólica – Hospital de Barcelona.

se hace con la realización de una videofluoroscopia.

• Técnicas de tratamiento compensatorias

Cuadro N°10 Proceso de intervención: Técnicas de tratamiento compensatorias

Técnicas de tratamiento compensatorias



Fuente: Guía metabólica de la disfagia – Hospital de Barcelona.

Se clasifican en:

- Técnicas de incremento sensorial: el objetivo de esta es preparar al sistema nervioso antes de introducir alimento. A su vez disminuye el umbral que existen en los centros deglutorios. Algunos estímulos que se colocan son:
 - Estimulación térmica.
 - Estimulación con sabores ácidos.
 - Estimulación intra y extraoral.
- Alimentación terapéutica: abarca básicamente la dieta o los tipos de



Fuente: Abordaje fisioterapéutico en la disfagia neurogénica orofaríngea infantil – eFisioterapia.

texturas que se le dan al paciente con disfagia conforme haya una mejoría se introducen nuevas texturas, además la posición en la que debe comer el paciente, los utensilios y el volumen de alimentos a dar.

- Cambios posturales: estas técnicas se utilizan de manera temporal mientras se alcanza la deglución de manera correcta. Algunas de las que pueden utilizarse son: cabeza hacia adelante, cabeza hacia atrás, cabeza rotada.

Cada maniobra se utiliza según la afección o patología de cada paciente.

- **Herramientas tecnológicas**

Cuadro N°11 Proceso de intervención: Herramientas tecnológicas

<p>Herramientas Tecnológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laserterapia: la terapia de láser es una técnica terapéutica innovadora no quirúrgica y sin medicamentos basada en la utilización de un láser de luz para aliviar el dolor, bajar la inflamación, acelerar los procesos
---	---



Fuente: Laserterapia – inlaser.



Fuente: Electroestimulación en disfagia – Neurorhb.

de curación, aumentar la circulación y reparar el daño de los tejidos blandos.

- Ultrasonido: es una herramienta no quirúrgica de alta frecuencia para estimular y activar los músculos del proceso deglutorio. Es una onda que actúa directo en el área a tratar.
- Electroestimulación: Este tipo de terapia complementaria, también innovadora, no invasiva, no quirúrgica y sin necesidad de medicamentos. Se realiza a través de la estimulación eléctrica neuromuscular, lo que activa la musculatura que hace posible el proceso de deglutir. Su aplicación es mediante pequeños electrodos sobre la musculatura que envía impulsos eléctricos.

Fuente: (Campora & Falduti, 2012)

ANEXO N°7
ENLACES PARA ACCEDER A
VIDEOS EXPLICATIVOS

Video explicativo paciente pediátrico y adulto

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Descripción	Página
Cuadro N°1	Clasificación de las Disfagias	21
Cuadro N°2	Acciones de intervención en las alteraciones Deglutorias	55
Cuadro N°3	Distribución de la población encuestada, clasificada por nivel educativo y sexo, durante los meses de noviembre 2020 a enero 2021.	67
Cuadro N°4	Análisis comparativo de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre sus competencias en el área de la deglución, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.	99

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica	Descripción	Página
Gráfica N°1	Distribución de los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, clasificado por sub año de promoción académica, encuestados durante el mes de enero de 2020.	68
Gráfica N°2	Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, clasificado por el sector laboral, encuestados durante el mes de enero de 2020.	69
Gráfica N°3	Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, clasificado según el tipo de población que atienden, encuestados durante el mes de enero de 2020.	70
Gráfica N°4	Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, según el área del quehacer fonoaudiológica que desempeñan, encuestados durante el mes de enero de 2020.	71
Gráfica N°5	Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, sobre la experiencia de atención en	72

pacientes con problemas de deglución, encuestados durante el mes de enero de 2020.

Gráfica N° 6	Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, sobre las dificultades de los pacientes con alteraciones deglutorias, encuestados durante el mes de enero de 2020.	73
Gráfica N°7	Distribución de las respuestas obtenidas por los egresados del último quinquenio (2015-2019) sede Panamá, sobre sus competencias para la evaluación de usuarios con trastornos deglutorios, encuestado durante el mes de enero de 2020.	74
Gráfica N°8	Distribución de los resultados obtenidos, según la calificación de la preparación universitaria para diagnosticar pacientes con trastornos deglutorios de los egresados encuestados, durante el mes de Enero de 2020.	75
Gráfica N°9	Distribución de los resultados obtenidos, según la calificación de las competencias para intervenir pacientes con trastornos deglutorios de los egresados encuestados, durante el mes de Enero de 2020.	76
Gráfica N°10	Distribución de los resultados obtenidos, según la preparación extracurricular en deglución de los	77

egresados encuestados, durante el mes de Enero de 2020.

Gráfica N°11	Distribución de los resultados obtenidos, según los centros de práctica que rotaron los egresados y que atendían pacientes con dificultades deglutorias, en la encuesta realizada en enero del 2020.	78
Gráfica N°12	Distribución de los resultados obtenidos, sobre la experiencia de los lugares de práctica donde pudo evaluar e intervenir pacientes con dificultades con dificultades deglutorias, según la encuesta realizada durante el mes de enero de 2020.	79
Gráfica N°13	Distribución de los resultados obtenidos, sobre su experiencia en la accesibilidad de los enlaces de prácticas para compartir sus conocimientos en el área de deglución, según la encuesta realizada durante el mes de enero de 2020.	80
Gráfica N°14	Distribución de los resultados obtenidos, según su experiencia en la observación del proceso de videofluoroscopia durante las prácticas universitarias de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.	81
Gráfica N°15	Distribución de los resultados obtenidos, según la experiencia en el abordaje de pacientes con fisura velo palatina durante las prácticas universitarias de	82

los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.

Gráfica N°16	Distribución de los resultados obtenidos, según la percepción para atender usuarios con fisura velo palatina por los egresados, encuestados durante el mes de enero de 2020.	83
Gráfica N°17	Distribución de los resultados obtenidos, según los métodos de evaluación a pacientes con trastornos de la deglución de los egresados encuestados, durante el mes de Enero de 2020.	84
Gráfica N°18	Distribución de los resultados obtenidos, según las funciones prioritarias a evaluar en el proceso de la deglución por los egresados encuestados, durante el mes de enero de 2020.	85
Gráfica N°19	Distribución de los resultados obtenidos, según la realización a diagnósticos a pacientes con alteraciones deglutorias por parte de los egresados encuestados durante el mes de Enero de 2020.	86
Gráfica N°20	Distribución de los resultados obtenidos, según el enfoque de intervención de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.	87
Gráfica N°21	Distribución de los resultados obtenidos, según las intervenciones realizadas con equipos de trabajo	88

por parte de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.

Grafica N°22	Distribución de los resultados obtenidos, según la utilización de técnicas o herramientas tecnológicas de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.	89
Gráfica N°23	Distribución de los resultados obtenidos, según la utilización de protocolo para evaluar o intervenir trastornos de la deglución por parte de los egresados encuestados durante el mes de enero de 2020.	90
Grafica N°24	Distribución de los resultados obtenidos, según la necesidad de crear una guía de conocimientos en deglución por parte de los egresados encuestados, durante el mes de enero de 2020.	91
Gráfica N°25	Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre la forma en cómo se desencadena el proceso deglutorio, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.	92
Gráfica N°26	Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre el conocimiento de la fases de la deglución,	93

encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.

Gráfica N°27	Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre el conocimiento de las patologías relacionadas con dificultades deglutorias, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.	94
Gráfica N°28	Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre el conocimiento de los síntomas de la disfagia, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.	95
Gráfica N°29	Distribución de los resultados pre y post test, obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá, sobre el conocimiento de la importancia de los reflejos en los neonatos, encuestados durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.	96

Gráfica N°30 Distribución de los resultados pre y post test, 97
obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en
fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá,
sobre el conocimiento de los especialistas que
deben participar en la realización de una
videofluoroscopia, encuestados durante los meses
de diciembre 2020 a mayo 2021.

Gráfica N°31 Distribución de los resultados pre y post test, 98
obtenidos en los estudiantes de la licenciatura en
fonoaudiología de VI y VIII semestre sede Panamá,
sobre su opinión de la creación de una guía de auto
consulta en el área de deglución, encuestados
durante los meses de diciembre 2020 a mayo 2021.