

Tesis de Licenciatura
Fonoaudióloga Lucía Rivas

Grado de aceptación que perciben los familiares de pacientes con disfagia neurogénica sobre las recomendaciones brindadas por un profesional fonoaudiólogo/a en relación al momento de la ingesta y la adecuación de la consistencia de los alimentos.

Tutora: Lic. Graciela Moscardi
Asesoramiento metodológico:
Dra. Vivian Aurelia Minnaard y
Lic. Mariana González.

Abril 2024

«Nos hace falta otra clase de inteligencia: la de las emociones, la esperanza y el amor.»—

Liliana Bodoc

Dedicatoria

A mi mamá y mi papá por ser mi ejemplo, por alentarme y apoyarme en cada paso que doy.

A mi hermana, que es mi consejera y gran compañera.

A mi familia que siempre me acompañó en cada logro.

A mis amigas de la facultad y la residencia, por compartir y ayudarme a crecer en esta hermosa profesión.

A mi abuelo Edu.

Agradecimientos

A la Universidad FASTA por brindar la posibilidad de estudiar esta carrera y abrir sus puertas.

A Vivian Minnaard y Mariana Gonzalez, por acompañarme en todo este proceso.

A Graciela Moscardi por ser la tutora de esta tesis.

A todos los que fueron parte de este camino.

La disfagia es la alteración en el proceso de tragar, donde se dificulta propulsar el bolo alimenticio de manera segura y eficaz desde la cavidad oral hasta el estómago sin que aparezca aspiración de saliva, alimentos o líquidos hacia la vía aérea. Es una consecuencia asociada a varias enfermedades, trastornos o lesiones.

Objetivo general: Indagar el grado de aceptación que percibe la familia de pacientes con disfagia neurogénica sobre las recomendaciones brindadas por la fonoaudióloga en relación al momento de la ingesta y la adecuación de la consistencia de los alimentos en Mar del Plata en el 2024.

Materiales y métodos: Investigación descriptiva y transversal. El diseño es no experimental. Se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia con muestra de 25 familiares.

Resultados: Los familiares desempeñan un papel crucial en la preparación de alimentos y han recibido amplias orientaciones. Estas mismas abarcan desde la selección adecuada de alimentos hasta técnicas para mejorar la ingesta. La mayoría de los encuestados encontraron fácil seguir estas indicaciones, destacando la adaptación de alimentos y la realización de los ejercicios. Refieren mejoras en la seguridad durante la alimentación y una actitud más positiva hacia la comida con el tratamiento, aunque algunos encuentran desafíos. Mencionan que los pacientes perciben positivamente el cambio en la alimentación.

Conclusión: Es fundamental el papel de los/as fonoaudiólogos/as en la educación sobre la disfagia. Se resalta la importancia de la adaptación de la dieta y la adherencia a las indicaciones recibidas.

Palabras clave: Disfagia - Familiares - Dieta - Orientaciones - Estrategias.

Índice

Introducción.....	6
Estado de la cuestión.....	9
Materiales y métodos.....	21
Resultados.....	30
Conclusión.....	53
Bibliografía.....	57

Introducción

La alimentación es el sustento primordial para las personas, que se realiza a través de la nutrición e hidratación. Estas dos funciones se componen de diferentes procesos, entre los que se encuentra la deglución, Falduti y Campora (2014)¹ la definen como la actividad de transportar sustancias de distintas consistencias desde la cavidad oral hasta el estómago.

La deglución es el pasaje de los alimentos desde la boca hasta el estómago, permitiendo la alimentación del organismo y asegurando la protección de la vía aérea. Es una de las funciones motoras más elaboradas de los humanos, ya que requiere de la coordinación secuencial de activaciones y de inhibiciones de varios pares de músculos de la boca, la faringe, la laringe y el esófago (Marmouset, 2015)².

La disfagia es una alteración para la deglución de alimentos líquidos, sólidos y/o semisólidos. La dificultad se presenta en la transferencia del alimento desde la boca al estómago, pasando por la faringe y el esófago, observándose anomalías en uno o más de los mecanismos de los implicados. Como consecuencia de dicha alteración, se pueden producir penetraciones³ o aspiraciones⁴ de los alimentos en la vía aérea, provocando episodios de neumonía bronquial, traqueal o aspiraciones silentes, las cuales no se acompañan de tos ni de otros signos observables para el cuidador o profesional. Se debe realizar una valoración del estado nutricional y de la capacidad del paciente para la deglución, y de ser necesario, modificar la dieta (García González, 2016)⁵.

Los trastornos deglutorios son reconocidos por la OMS (2001) como se citó en Dulbeco & Guzmán (2020)⁶ una discapacidad que afecta al sistema digestivo y están asociados a aumento de morbilidad, mortalidad y costos de atención. Es importante conocer y actuar adecuadamente dado que las causas pueden ser desde etiologías potencialmente mortales hasta disfunciones orofaríngeas que incluyen riesgo de aspiración. También, la mayor incidencia de modificaciones de los hábitos de alimentación o la necesidad de una vía alternativa de alimentación pueden provocar vergüenza social, falta de disfrute de la comida

¹ Es una actividad con una compleja dinámica neuromuscular que depende de un grupo de conductas fisiológicas controladas por la actividad del sistema nervioso central y periférico, lo cual desencadena el reflejo disparador deglutorio.

² El acto de tragar va más allá de un fenómeno mecánico, es un proceso altamente complejo, elaborado y modelado por varios niveles del sistema nervioso.

³ La penetración laríngea supone la entrada del alimento hasta el vestíbulo laríngeo, por encima del nivel de las cuerdas vocales.

⁴ La aspiración se define como la entrada del alimento en la laringe, por debajo del nivel de las cuerdas vocales.

⁵ El estado nutricional de un individuo se puede definir como el resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas.

⁶ Se conoce como aspiración a cuando ingresa alimento y/o líquido a la vía respiratoria, pudiendo llegar a desencadenar neumonía aspirativa.

y reducción de la participación de actividades cotidianas, pudiendo traer consecuencias psicosociales (Guzmán, 2020)⁷.

La gran variedad de tratamientos y técnicas terapéuticas que se presentan para mejorar y superar la disfagia es amplia. Se contemplan desde recomendaciones para ayudar al parámetro de seguridad, hasta intervenciones quirúrgicas en casos más graves. Las adaptaciones de la dieta son estrategias adaptativas de compensación que se utilizan habitualmente para optimizar tanto la seguridad como la eficacia sin modificar el mecanismo fisiológico de la deglución. Consisten en la modificación de las texturas de alimentos y la viscosidad en el caso de los líquidos. Se pueden implementar de manera rápida buscando minimizar o anular penetraciones y aspiraciones que atenten contra la vía respiratoria (Oriol-Peregrina, 2018)⁸.

En función de lo anterior, se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Qué grado de aceptación percibe la familia de pacientes con disfagia neurogénica sobre las recomendaciones brindadas por la fonoaudióloga en relación al momento de la ingesta y la adecuación de la consistencia de los alimentos en Mar del Plata en el año 2024?

El objetivo general es:

Indagar el grado de aceptación que percibe la familia de pacientes con disfagia neurogénica sobre las recomendaciones brindadas por la fonoaudióloga en relación al momento de la ingesta y la adecuación de la consistencia de los alimentos en Mar del Plata en el 2024.

Los objetivos específicos son:

- Caracterizar el tratamiento fonoaudiológico que reciben los pacientes.
- Identificar las orientaciones recibidas, fortalezas y dificultades en el cumplimiento de las recomendaciones durante la ingesta de alimentos.
- Examinar el grado de aceptación en la familia en la adaptación de la consistencia de los alimentos y los líquidos en pacientes con disfagia neurogénica.
- Sondear la realización de capacitaciones acerca de la preparación de alimentos y características de las mismas.

⁷ Estas características limitantes aíslan al sujeto, repercutiendo en la depresión, la vergüenza, la falta de ganas y voluntad de evolución.

⁸ Una deglución adecuada tiene determinadas características, dos de ellas son la eficacia y seguridad.

Estado de la cuestión

La deglución es un proceso fisiológico coordinado, el cual involucra muchas conexiones a nivel muscular y neurológico para un seguro y eficaz transporte de alimentos y líquidos, desde la boca al estómago. Está formada por cuatro etapas: preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica. Cada una de ellas está regulada por diferentes centros neurológicos y funciones neuromusculares que hacen que la faringe se configure de forma exacta para poder cumplir con el acto de deglutir (Patiño et al., 2022)⁹.

Para Guzmán et al. (2020)¹⁰ la deglución se divide fisiológicamente en tres etapas: la oral, faríngea y esofágica. La etapa oral es voluntaria y consta de la masticación y movimientos linguales para lograr la propulsión del bolo alimenticio desde la boca hasta la faringe; por su parte, la etapa faríngea es involuntaria, donde se transfiere el bolo desde la faringe hasta el esófago. En este proceso ocurren una serie de acciones coordinadas las cuales incluyen la elevación y retracción del paladar blando con cierre de nasofaringe, relajación y apertura del EES, cierre laríngeo al nivel del vestíbulo laríngeo, carga y propulsión de la lengua y como último, la contracción faríngea. Dicha etapa ocurre en aproximadamente un segundo y es el encargado de evitar que el bolo ingrese en la cavidad nasal y laringe, al mismo tiempo que se transfiere el bolo hacia el esófago.

La transferencia del bolo de la boca y la faringe al esófago está principalmente causada por la pulsión de la lengua contra el paladar duro, lo que proporciona la fuerza necesaria para propulsar el bolo a través del EES con una mínima resistencia. La función de los músculos constrictores faríngeos es el aclaramiento faríngeo y la limpieza de los residuos del bolo que quedan adheridos a las paredes de la hipofaringe y los senos piriformes (Cabrera Morín, 2018)¹¹.

Barrón Parón et al (2020)¹² nombran 5 fases intervinientes en la deglución. La fase 1 es la inicial anticipatoria, la cual se da por el reconocimiento cortical de los alimentos previos a ser ingeridos, en donde se presenta la adecuada secreción de saliva, tanto en cantidad como calidad, la organización de patrones de masticación y control del alimento, partiendo de la imagen mental previa que la persona tenga incorporada sobre las características de cada alimento. En la fase 2, preparatoria oral, el alimento es masticado y mezclado con saliva, para formar un bolo cohesivo que se será propulsado anterolateralmente por la lengua contra el paladar. Durante la fase 3, llamada oral, el bolo se propulsa posteriormente

⁹ Es el proceso complejo por el cual sustancias como los alimentos y la saliva se trasladan desde la boca hasta el estómago, sin obstruir las vías respiratorias.

¹⁰ Si alguna parte de esta secuencia falla en su desarrollo o progresión, un bolo ingerido puede no progresar normalmente, lo que se manifiesta como disfagia.

¹¹ Los músculos constrictores son tres: constrictor superior, que desde el cráneo se extiende hasta el rafe medio faríngeo; constrictor medio que se extiende desde el hueso hioides hasta el rafe y el constrictor inferior que desde la laringe se extiende hasta el rafe faríngeo.

¹² Los movimientos musculares mencionados en dichas fases están controlados por varios nervios craneales: CN V, VII y IX-XII periféricos: C1-C3 que están coordinados dentro del tronco encefálico.

a través de la cavidad oral y en la orofaringe. Los músculos orbicular y buccinador se contraen para contener el bolo dentro de la cavidad oral realizando presiones negativas y positivas. Ya en la fase 4, faríngea, el bolo pasa a la orofaringe y cruza el área de los pilares faríngeos. Aquí inicia el momento involuntario y reflejo de esta fase. El velo del paladar se eleva cerrando la nasofaringe, evitando que el alimento pase a esta zona y permitiendo que el bolo descienda por la pared posterior de la faringe. Hacia el final, en la fase 5, esofágica, la peristalsis mueve el bolo a lo largo del esófago hasta el estómago.

La disfagia es la alteración en el proceso de tragar, donde se dificulta propulsar el bolo alimenticio de manera segura y eficaz desde la cavidad oral hasta el estómago sin que aparezca aspiración de saliva, alimentos o líquidos hacia la vía aérea. Es una consecuencia asociada a varias enfermedades, trastornos o lesiones (Suarez-Escudero, 2018)¹³.

La disfagia se ocasiona por alteraciones en las estructuras o funciones que provocan debilitamiento en los músculos orales, faríngeos y/o laríngeos, los cuales producen una dificultad en la función de los procesos involucrados. Se distingue entre disfagia orofaríngea y esofágica, con una frecuencia entre el 80% y 20% de los casos respectivamente. La disfagia orofaríngea, comprende alteraciones deglutorias que inician desde la cavidad oral hasta el EES¹⁴. Se habla de disfagia esofágica, a partir del EES a lo largo de todo el esófago (Hernández et al., 2018)¹⁵.

Según su causa, se puede dividir en disfagia neurogénica, mecánica o iatrogénica. La neurogénica, se origina por motivo de alguna alteración neurológica que afecte al sistema nervioso central. La mecánica, es causada por algún tipo de alteración anatómica como por ejemplo tumores o estenosis¹⁶, por último, la iatrogénica es producida por algún efecto colateral debido a alguna intervención o procedimiento como traqueostomía, intubación orotraqueal o ventilación mecánica (Venegas, 2020)¹⁷.

Puede ocurrir a cualquier edad, desde recién nacidos hasta adultos mayores, y se puede manifestar tanto en enfermedades congénitas, alteraciones estructurales y en enfermedades neurológicas. Se asocia con un aumento en la mortalidad, aumento en los tiempos de hospitalización, deshidratación y/o malnutrición (Toledo Rodríguez et al., 2019)¹⁸.

¹³ La prevalencia de disfagia en población general se encuentra entre el 8,4% y 16%.

¹⁴ La abreviación EES se refiere al Esfínter Esofágico Superior, el cual se relaja para abrir el esófago cuando detecta alimento o líquido.

¹⁵ Las causas de la disfagia orofaríngea son múltiples. Es un síntoma que puede aparecer en una serie de patologías como enfermedades neuromusculares, lesiones que condicionan alteraciones de las estructuras y órganos que intervienen en la deglución, como la cavidad oral, laringe, faringe y EES.

¹⁶ La estenosis hace referencia a un estrechamiento anómalo en algún órgano. Pueden ocurrir estenosis traqueales.

¹⁷ Dicha clasificación se refiere a la clasificación en función de su etiología, estudiando el origen o causas de dicha patología.

¹⁸ La prevalencia de la disfagia por ACV es cercana al 50%, en la EP, alcanza el 82% y un 61% en los pacientes con traumatismo encefalocraneano.

Algunas enfermedades neurológicas, como la esclerosis lateral amiotrófica, la esclerosis múltiple o la demencia, al progresar en el tiempo, presentan deterioros en la deglución y la disfagia empeora. Por otro lado, posterior a un accidente cerebro vascular o traumatismo de cráneo, la dificultad en la deglución puede mejorar y hasta normalizarse, dependiendo el caso en particular (Cantón Blanco et al., 2013)¹⁹.

Las dificultades que presentan las personas con disfagia pueden ser tales como dificultad para el disparo del reflejo deglutorio, sensación de stop faríngeo, regurgitación nasal, tos acompañada o no de asfixia posterior a tragar, presencia de tos húmeda al beber líquidos, voz húmeda durante o posterior al tragar, cambio en los hábitos de alimentación, infecciones respiratorias a repetición, neumonía, apneas, descanso durante la alimentación, desaturación de oxígeno, aumento o disminución de frecuencia cardíaca, deshidratación y alteración en la masticación. De todas formas, la disfagia no en todos los casos es evidente y se puede presentar de forma sutil como en la pérdida de peso, mayor tiempo durante la ingesta, inclinación de la cabeza hacia delante para tragar, necesidad constante de beber agua posterior a ingesta (Suarez-Escudero, 2018)²⁰.

Es importante que se identifique de manera temprana la disfagia para evitar resultados adversos de salud, aunque en la actualidad no hay un consenso universal sobre cuál es la mejor herramienta de screening o evaluación clínica para la deglución. Los objetivos y planes se deben individualizar y ajustar a cada escenario clínico y cada paciente, teniendo en cuenta la entrevista, historia clínica, evaluación clínica y la instrumental (Venegas et al., 2020)²¹.

Se debe realizar una exploración clínica que permitirá determinar el diagnóstico, ya que ayudará a observar signos que indiquen si el paciente presenta o no disfagia. Se debe observar la postura y tono muscular, la valoración cognitiva del estado de conciencia, presencia de alteraciones vocales o carraspeo y requerimiento de traqueostomía (Cabrera Morín, 2018)²².

También se plantea una evaluación indirecta, en la cual se debe tener en consideración el estado en general del paciente, estado de vigilia, capacidad de seguir órdenes simples, el grado de cooperación, higiene y salud oral, examen orofacial, funcionamiento de pares craneales intervinientes en la deglución, presencia de retención de

¹⁹ En su artículo, la autora menciona que después de un accidente cerebrovascular o un traumatismo craneoencefálico, la capacidad de deglución puede normalizarse en más del 90% de los casos en los primeros 3-6 meses.

²⁰ Se debe recordar que la aspiración puede ser silente, es decir, asintomática, en función de la indemnidad o no de la sensibilidad laríngea, del reflejo tusígeno y de los mecanismos de limpieza traqueal.

²¹ En ocasiones se utilizan cuestionarios estandarizados para realizar un screening inicial.

²² Dicha exploración física se puede realizar a pie de cama o en consulta externa.

saliva o secreciones en cavidad oral y/o faríngea y observar signos de posible aspiración (Venegas et al., 2020)²³.

Se realiza una exploración de los pares craneales, específicamente del facial, glossofaríngeo, hipogloso, neumogástrico y espinal para la evaluación de una apraxia bucolinguifacial y se pedirán movimientos voluntarios ante la imitación o a la orden verbal. Es importante también una evaluación faringolaríngea motora y sensitiva, en especial a pacientes que suponen una afección anatómica o funcional en ese nivel, realizando una exploración de movimientos laríngeos, presencia de secreciones, función de cuerdas vocales y tos voluntaria como indicio de capacidad de protección de vía aérea frente a eventual aspiración. Además, se deben explorar los reflejos, tanto el nauseoso como deglutorio y tusígeno (Pere Clavé, 2015)²⁴.

La evaluación clínica implica la búsqueda de signos y síntomas que sugieran que el paciente presenta riesgos de padecer disfagia neurogénica. Por lo tanto, se debe realizar una evaluación organizada, sencilla y clara para detectar dichos riesgos. Se deben recolectar datos iniciales como patología de base, estudios complementarios, estado nutricional actual y estado respiratorio. Además, se debe evaluar la cavidad oral, a través de movimientos de apertura y coordinación, seguido de una evaluación completa de los pares craneales implicados en la deglución (Falduti, 2014)²⁵.

Actualmente, se dispone de la FEES²⁶, la VFS²⁷ y la manometría faringoesofágica, donde cada una presenta sus ventajas y limitaciones. La manometría faringoesofágica y la VFS son estudios complementarios para estudiar la fisiopatología y elección de tratamiento de usuarios con disfagia orofaríngea y alteraciones de apertura del EES. La VFS permite identificar los indicios de seguridad y eficacia de la deglución, identificar los tiempos de respuesta motora oral y faríngea y observar los mecanismos de aspiración, medir la elevación y movimiento hioideo, como también la apertura del EES y la fuerza para la propulsión del bolo. Por su parte, la manometría permite evaluar la distensibilidad del EES y su mecanismo de apertura, así como también, la presión hipofaríngea. Por último, la FEES

²³ Dicha evaluación clínica indirecta la realiza el fonoaudiólogo/a.

²⁴ La exploración clínica de la deglución en la cabecera del paciente también incluye la administración de bolos de viscosidad y volumen diferente, observando sus reacciones.

²⁵ El primer objetivo de la evaluación clínica es el acercamiento con el paciente, el cual es el punto de partida hacia el diagnóstico.

²⁶ Las siglas FEES, por sus siglas en inglés Fiberoptic Endoscopic Evaluation Swallowing, es la evaluación fibroscópica de la deglución.

²⁷ La abreviación VFS se debe a la video fluoroscopia que es una exploración radiológica dinámica que permite identificar las principales alteraciones de la deglución en forma de signos videofluoroscópicos.

denota información anatómica de las estructuras de la laringe y la función de las cuerdas vocales (Pere Clavé, 2015)²⁸.

La adaptación de la dieta es importante al momento de determinación de tratamiento general en un paciente con disfagia. Consiste en elegir la consistencia, textura, volumen y frecuencia más adecuada para cada paciente según las características y dificultades que presente, así como la forma en que se administre el mismo, ya sea en vaso, cuchara, sorbete, entre otros. El principal objetivo de dicha adaptación es lograr una ingesta segura y eficaz que dependerá de la viscosidad y densidad energética, la cual es el número de calorías que hay en una cantidad específica de alimento. Se debe tener en cuenta que una adecuada nutrición va a depender del estado clínico, de la afección motora y la capacidad cognitiva de cada usuario y el impacto que esto suponga sobre su estado nutricional. El tipo de dieta adecuada para cada paciente va a depender de la evaluación clínica y en caso de ser necesario, de las alteraciones detectadas en las exploraciones complementarias instrumentales tales como la videofluoroscopia, nasofibroendoscopia o manometría esofágica. Cuando la alimentación por vía oral resulta insuficiente para cubrir los requerimientos nutricionales, se acude a dietas enterales o por sonda nasogástrica, la cual es una sonda que se introduce por la nariz, a través de la garganta y el esófago, hasta el estómago. Esta se puede usar para administrar medicamentos, líquidos, y alimentos líquidos, o para extraer sustancias desde el estómago, para poder mantener un soporte nutricional mixto. Además de no ser posible la alimentación vía oral, se acude a alimentación exclusiva por SNG o por gastrostomía (Cabrera Morín, 2018)²⁹.

Los dos tipos de nutrición enteral más utilizados son la sonda nasogástrica y la gastrostomía. La primera es la más común y se suele utilizar para períodos breves y cuando no hay presencia de reflujo gastroesofágico. Se recomienda para pacientes con disfagia aguda con un pronóstico favorable o cuando aún no puede realizarse una intervención quirúrgica para la colocación de GTT y el paciente no puede alimentarse de forma segura vía oral. Las principales desventajas que presenta son la extracción accidental y las lesiones esofágicas y nasales. Por otra parte, la gastrostomía se coloca directamente en el estómago a través de la pared abdominal mediante cirugía. La misma se recomienda en pacientes que necesitan mantenerla durante un período largo, como los que presentan enfermedades crónicas o progresivas (Espinosa Val, 2018)³⁰.

²⁸ El resultado del examen instrumental mediante radiología, endoscopia, manometría, electromiografía o cualquier otra modalidad, debe contrastarse siempre frente a la historia clínica del paciente.

²⁹ Dado que los pacientes con disfagia generalmente no satisfacen sus necesidades dietéticas, la ingesta oral, debe ser aumentada mediante el enriquecimiento de las comidas y los suplementos nutricionales orales.

³⁰ Se recomienda un tiempo menor o igual a 2 meses para la utilización de SNG.

Surge la necesidad de valorar y determinar el comportamiento reológico de determinados espesantes en relación a los alimentos y los distintos grados de disfagia, teniendo en cuenta las dificultades en la adaptación de las dietas (García González et al., 2016)³¹.

Se deben conocer las propiedades reológicas y de viscosidad de los alimentos para lograr desarrollar e investigar nuevos alimentos y destinarlos a usuarios con disfagia. La industria de la alimentación y farmacia desarrolló productos con el fin de garantizar texturas homogéneas y una viscosidad adecuada que permita lograr una correcta hidratación como también un correcto estado nutricional del paciente con disfagia, sin que comprometa la seguridad. Los ingredientes utilizados para llegar a una viscosidad adecuada son distintos tipos de almidones, gomas u otras sustancias. Se desarrollaron espesantes y agua gelificada para una adecuada hidratación y en el caso de la alimentación, diferentes purés, flanes y souffles. Cuando no es posible cubrir los aportes nutricionales, se utilizan suplementos orales con distintas viscosidades. Con respecto a los líquidos, actualmente se consiguen espesantes a base de almidón y otros que unen almidón y gomas. Dichos espesantes pueden ser mezclados con la mayoría de las bebidas para lograr una consistencia adecuada. Los líquidos que son claros se observan turbios y adquieren una textura como granulada (Calleja Fernández, 2015)³².

El efecto terapéutico de los agentes espesantes depende de la viscosidad. Se ha demostrado que estos productos reducen las penetraciones del vestíbulo laríngeo y las neumonías aspirativas, además, cuanto menor sea la viscosidad de los líquidos, mayor es el cumplimiento de las pautas indicadas, ya que los pacientes lo toleran mejor. A su vez, el incremento de la viscosidad del bolo, aumenta la seguridad en la deglución, pero también aumenta el residuo en faringe. Por otra parte, el aumento del volumen del bolo, reduce la seguridad de la deglución para todo tipo de viscosidades. Se debe tener en cuenta que los espesantes presentan variabilidad según el tipo de agente espesante empleado. Por ejemplo, al utilizar compuestos con almidón, los mismos son inestables y pasados varios minutos comienzan a aumentar su densidad y tienden a ser peor aceptados ya que cambian su sabor y su textura comienza a ser granulada (Espinosa Val, 2018)³³. Es importante ingerir los líquidos en la viscosidad y volumen adecuado para conseguir una deglución eficiente y segura, que garantice un correcto estado de hidratación. Con relación a los alimentos

³¹ No resulta fácil realizar y explicar una alimentación de textura modificada y adaptación de la viscosidad de los líquidos, ya que cada paciente tiene un grado de dificultad deglutoria distinta.

³² Es importante formar al paciente y cuidadores a utilizar correctamente los espesantes para adaptar la viscosidad del suplemento a la consistencia indicada.

³³ Los espesantes que contienen almidón son hidrolizados por la amilasa salival y por lo tanto se desglosan durante la etapa oral de la deglución y además dejan mayor cantidad de residuo faríngeo.

sólidos, hay muchos factores que influyen en la aceptación, como el color, sabor, olor y textura (Calleja Fernández, 2015)³⁴.

Figura 1: Marco de descriptores escala IDDSI.



Fuente: Lam et al. (2016)³⁵

La Iniciativa Internacional de estandarización de la dieta para disfagia, conocido por sus siglas IDDSI, propone una nueva terminología estandarizada para alimentos con textura modificada y líquidos espesados para pacientes con disfagia de todas las edades en todas las modalidades de atención y para todas las culturas. Si bien esta estandarización resulta de utilidad para los profesionales de salud, se evidencia que tanto los pacientes como sus cuidadores requieren recursos de forma adicional, basándose en imágenes y prácticas para la comprensión de las indicaciones de dietas con textura modificada (Ferreira et al., 2022)³⁶.

Se establecen 7 descriptores, identificando del 0 al 4 la viscosidad de los líquidos y del 3 al 7 la textura de los alimentos, quedando en común los descriptores 3 y 4 tanto para líquidos como para alimentos (Fernández et al., 2018)³⁷.

Los distintos niveles de espesor para líquidos y bebidas son: nivel 0, fina, la cual fluye como el agua fácilmente; nivel 1, ligeramente espesa, la cual presenta muy poca viscosidad, aunque es más denso que el agua y puede ingerirse a través de sorbete; nivel 2, poco espesa, es de escasa viscosidad, similar a un jarabe, fluye o se desliza por una cuchara y deja una fina capa de líquido, se puede beber en taza. El nivel 3, moderadamente espesa,

³⁴ Debido a estos factores, puede llegar a provocar disminución de la motivación para comer, depresión, y a la larga, reducción del apetito.

³⁵ Dicha escala fue escrita por el comité de la IDDSI tras tres años de trabajo, culminando con el diseño del marco final de estandarización para las dietas en disfagia.

³⁶ Actualmente, existe una gran diversidad de descriptores de texturas y falta de acuerdo de terminología en los diferentes centros asistenciales siendo imprescindible que existan criterios unificados para describir las consistencias de alimentos y bebidas adaptadas.

³⁷ En 2015 se hace público dicho consenso.

no presenta la viscosidad necesaria como para mantener su forma, gotea de forma lenta en la cuchara y por último el nivel 4, extremadamente espesa, es de gran viscosidad, el líquido toma una consistencia más firme, parecida a un semisólido, no gotea ni fluye con un tenedor y se asienta sobre una cuchara, no se puede beber (Ortiz, 2020)³⁸.

En cuanto a los niveles de consistencia y textura de los alimentos se encuentran el nivel 3, licuada, de la misma forma que el nivel 3 de los líquidos, los alimentos licuados presentan como característica que se puede ingerir con una cuchara o beber de una taza. El nivel 4, puré, al igual que en el nivel 4 de líquidos, dichas preparaciones mantienen su forma en la cuchara y se cae fácilmente si se inclina la misma, no requiere masticación, es suave y sin grumos; el nivel 5, picada y húmeda, mantiene su forma en la cuchara, se deben preparar pequeños bultos húmedos, se requiere una capacidad mínima de masticación. El nivel 6, suave y tamaño bocado, tierno y húmedo en todo momento sin que el líquido gotee, se requiere cierta habilidad para la masticación. Por último, el nivel 7, normal/ fácil de masticar, son alimentos y preparaciones cotidianas de texturas suaves y tiernas. Se requiere poder morder y masticar (Ortiz, 2020)³⁹.

Para poder evaluar la gravedad y la eficacia del tratamiento, los resultados deben ser multidimensionales, es decir, además de tener en consideración los cambios fisiológicos y biomecánicos, es importante conocer el impacto sobre la funcionalidad, como el tipo de dieta/nutrición, la independencia o necesidad de apoyo/supervisión por otras personas y el impacto en la calidad de vida y el bienestar emocional que perciben los pacientes con disfagia (Valverde Carrillo, 2018)⁴⁰.

La escala DOSS⁴¹ se trata de una escala funcional que se divide en siete niveles fáciles de administrar que denota la severidad del trastorno y permite mejor consistencia en las recomendaciones a nivel nutricional, de dieta e independencia. Presenta dos niveles de nutrición por vía alterna y cinco con alimentación por vía oral, diferenciando la última en tres niveles para la nutrición con dieta de consistencia modificada y dos para una dieta normal. Lo positivo de esta escala es que ofrece una lista de posibles signos que se pueden presentar en cada nivel, contribuyendo a una mejor definición del trastorno. Aportan

³⁸ Cuando se habla de hidratación también se hace referencia al balance hídrico que incluye la ingesta y la eliminación de líquidos.

³⁹ La modificación de la textura de la dieta es la intervención más utilizada para personas con disfagia.

⁴⁰ La disfagia orofaríngea afecta a una de las funciones humanas básicas que es la capacidad para comer y beber, donde además de los riesgos de sufrir neumonía, se presentan cambios en los patrones de alimentación, en las actividades y las relaciones sociales, con el consiguiente empeoramiento de la calidad de vida.

⁴¹ La abreviación DOSS hace referencia a la escala de severidad Dysphagia Outcome and Severity Scale.

objetividad y valoran la evolución del paciente, observándose el paso de un nivel a otro y permite cambiar el rumbo del tratamiento (Burgoa Prieto, 2019)⁴².

Cuando se establece alguna dieta vía oral a un paciente con disfagia, se deben ofrecer una serie de indicaciones de forma personalizada con el fin de minimizar riesgos de aspiración. Se debe educar a la familia en los cuidados, que aprendan pautas terapéuticas y compensatorias para favorecer la seguridad. Es necesaria la supervisión del paciente durante la ingesta, dar órdenes sencillas y claras, que no se distraiga mientras come, que sea en un ambiente tranquilo y relajado, evitando gritos y ambientes con ruido. Quintana Sanjuás et al. (2018)⁴³ proponen una serie de indicaciones tales como recordar la importancia de comer detenidamente, motivar a través de la palabra si hay falta de iniciativa, establecer una rutina fija, comer a la misma hora y en el mismo lugar, colocando utensilios de la misma forma y dar siempre la consigna con las mismas palabras si presenta trastorno cognitivo; no dar la comida si se encuentra cansado o somnoliento; tomarse el tiempo suficiente para la alimentación, ya que pueden necesitar más de una deglución por cada bolo; darle importancia al adecuado posicionamiento, que éste sea siempre a 90°. En caso de que no pueda alimentarse por sí solo por dificultades motoras, se debe esperar a que la boca esté vacía para ofrecerle un nuevo bocado; estimular degluciones en seco entre cada deglución del bolo; no se deben utilizar jeringas para administrar líquidos; se debe mantener al paciente sentado hasta una hora después de comer para reducir riesgo de aspiración por motivo de presencia de RGE⁴⁴.

Dentro del abordaje del paciente con disfagia se pueden encontrar diferentes estrategias compensatorias y rehabilitadoras con el fin de mejorar la calidad de la ingesta de alimentos. Las estrategias rehabilitadoras incluyen ejercicios y maniobras que facilitan la función de aspectos concretos de la deglución, tanto para la etapa oral como para la etapa faríngea. Dichos ejercicios tienen el fin de mejorar la fuerza y los movimientos de las estructuras que están implicadas en la deglución como los labios, músculos masticatorios, lengua, velo del paladar, cierre cordal, y musculatura supra e infra hioidea (Terré, 2017)⁴⁵. Las maniobras deglutorias se refieren a estrategias que permiten proteger la vía aérea antes, durante y después de la deglución. Promueven la propulsión del bolo hacia faringe, mejorando la función y la coordinación entre respiración y deglución, mantiene la función de

⁴² Organiza la severidad con un orden decreciente, siendo el primer nivel el más grave y el último como el normal.

⁴³ Se debe procurar que el paciente y/o familia entienda y conozca estas medidas generales.

⁴⁴ Las siglas RGE se refieren al reflujo gastroesofágico que se presenta cuando el contenido del estómago se devuelve al esófago.

⁴⁵ Se deben identificar las anomalías anatómicas o fisiológicas que ocasionan dificultad para deglutir, y evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas que permitan compensar las alteraciones deglutorias y así poder iniciar o mantener la alimentación por vía oral.

la glotis durante la deglución y promueve la limpieza de residuos post deglución (Cano, 2020)⁴⁶.

Entre las estrategias compensatorias se encuentra la estimulación intra oral, la cual se realiza estimulando distintas zonas de la cavidad oral cuando se perciben déficits sensoriales. Se pueden incluir estímulos de diferentes temperaturas, texturas y sabores. Además, es importante mantener una correcta higiene oral. Debe ser un cuidado importante en el paciente con disfagia ya que las secreciones secas que se acumulan en lengua y paladar reducen la sensibilidad oral y promueven el crecimiento bacteriano, convirtiéndose en un factor de riesgo para el desarrollo de neumonía (Quintana Sanjuás, 2018)⁴⁷.

En el marco de un abordaje terapéutico, el profesional que asiste a personas con disfagia debe contemplar al cuidador como uno de los principales aliados, prepararlos y capacitarlos para el manejo de estos pacientes con distintas estrategias. Además se debe enfocar en las características de la familia, teniendo en cuenta que no todas las realidades son iguales y dichas indicaciones pueden volverse insostenibles, sobre todo en aquellas que contemplan gastos económicos o tiempos de supervisión y acompañamiento permanente (Vargas García et al., 2022)⁴⁸.

En general, los factores que influyen en el cumplimiento de las indicaciones brindadas pueden ser varios, tales como negación del problema, insatisfacción con el tipo de dieta y/o viscosidad de los líquidos, aspectos relacionados a la calidad de vida, minimización de las dificultades, omisión a las recomendaciones, falta de entrenamiento y formación al familiar y paciente (Espinosa Val, 2018)⁴⁹.

Desde la fonoaudiología, la atención a la disfagia no debe suponer solo la intervención del paciente, sino también de su contexto, ya que va a ser el encargado de poner en marcha las estrategias de cuidado, que permitan una pronta rehabilitación. Bajo esta dinámica, es importante para el profesional y el paciente iniciar la búsqueda de todos los factores que se vinculen con la psicología, el desarrollo funcional, psicoemocional y el desempeño social. Los efectos de la disfagia convierten el momento de alimentación en un espacio de desagrado y en un impacto negativo para el autoestima. En general, el paciente y su familia

⁴⁶ Cada maniobra tiene un objetivo específico para cambiar un aspecto concreto de la fisiología de la deglución.

⁴⁷ Son estrategias que no cambian el control motor de la deglución, pero son terapéuticas al reducir el tiempo de deglución tanto a nivel oral como faríngeo.

⁴⁸ El cuidador del sujeto con disfagia sería quien debe estar capacitado de manera plena en los procesos de abordaje, no sólo como conocimiento de las técnicas utilizadas en la rehabilitación, sino también como forma de aprobación de su uso.

⁴⁹ La autora refiere mayor cumplimiento en la adaptación de los alimentos, que de la viscosidad de los líquidos en pacientes con disfagia.

solo quieren habilitar la vía oral y valoran la progresión de las consistencias como un signo de evolución de la enfermedad (Vargas García, 2017)⁵⁰.

Es importante educar a otros profesionales de la salud sobre las adaptaciones de alimentos y líquidos en función de la gravedad de la disfagia y la dieta indicada. Se debe trabajar a la par con nutricionistas, para ajustar las preferencias del paciente, modificando el volumen y la viscosidad de los alimentos y realizar los controles de ingesta calórico proteicos diarios (Pere Clave, 2013)⁵¹.

Se debe tener presente que la disfagia no afecta únicamente la salud física de la persona, sino que también afecta sus emociones y participación social, jugando un papel importante en la calidad de vida. Muchos de estos pacientes, evitan ingerir alimentos en público, sintiendo angustia y ansiedad al momento de comer (Toledo Rodríguez et al., 2019)⁵².

⁵⁰ El autor señala el cambio comportamental de la persona y de la familia como efecto del estrés, de la monotonía, del desgaste físico, causante muchas veces del Síndrome de Burnout en cuidadores. Dicho Síndrome hace referencia a la cronificación del estrés, el cual se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar la personalidad y autoestima.

⁵¹ Se debe realizar una intervención multidisciplinar para la indicación alimentaria de pacientes con disfagia.

⁵² En el estudio de estos autores se observó que la percepción de calidad de vida no depende de las variables sexo y tipo de etiología.

Materialles y métodos

Esta investigación es de tipo descriptiva y transversal, ya que según Sampieri (2010) su objetivo es caracterizar situaciones o eventos, especificar cómo es y cómo se manifiesta esa situación y además porque las variables se miden una vez a cada individuo. El diseño es no experimental ya que se limita a estudiar las variables sin manipularlas directamente, se analizan los eventos y cómo se desarrollan, para luego analizarlos.

La población objeto de estudio son todos los familiares de pacientes con diagnóstico de disfagia neurogénica. La unidad de análisis es cada uno de los familiares con diagnóstico de disfagia neurogénica. Se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia con muestra de 25 familiares.

En la investigación se consideraron las siguientes variables:

- Características del tratamiento fonoaudiológico
- Orientaciones brindadas por el/la profesional.
- Fortalezas identificadas en el cumplimiento de las recomendaciones durante la ingesta de alimentos
- Dificultades identificadas en el cumplimiento de las recomendaciones durante la ingesta de alimentos
- Grado de aceptación en la familia en la adaptación de la consistencia de los alimentos
- Grado de aceptación en la familia en la adaptación de la consistencia de los líquidos
- Estrategias que utilizan los familiares al momento de adaptar la consistencia de los alimentos
- Estrategias que utilizan los familiares al momento de adaptar la consistencia de los líquidos
- Realización de capacitaciones acerca de la preparación de alimentos
- Características de las capacitaciones acerca de la preparación de alimentos

Se presenta el consentimiento informado utilizado en la investigación.

Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por la Fga. Lucía Rivas. El objetivo de la misma es indagar el grado de aceptación que percibe la familia de pacientes con disfagia neurogénica sobre las recomendaciones brindadas por la fonoaudióloga en relación al momento de la ingesta y la adecuación de la consistencia de los alimentos en Mar del Plata y así obtener la licenciatura en la carrera de Fonoaudiología de la Universidad FASTA.

Usted fue seleccionado ya que reúne las características anteriormente mencionadas, por un muestreo no probabilístico por conveniencia. El procedimiento a implementar es una encuesta, la cual no conlleva ningún riesgo o gasto económico.

Al completar la encuesta, usted brinda su consentimiento voluntario. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Usted tiene derecho a retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. Los resultados de la investigación podrán ser publicados en congresos y/o revistas académicas

A continuación, se presenta el instrumento utilizado para la recolección de datos en la investigación.

¿Acepta participar de la investigación? *

Si

No

Materiales y métodos

¿Cuál es su vínculo con el paciente con dificultades para deglutir?

Texto de respuesta breve

¿Cuánto tiempo hace que el paciente tiene dificultades para tragar?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Más de 3 y hasta 5 años
- Más de 5 años

¿Cuánto tiempo hace que el paciente asiste a tratamiento fonoaudiológico?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Más de 3 y hasta 5 años
- Más de 5 años

¿Cómo es la modalidad de atención de la/el fonoaudióloga/o con su familiar?

- Presencial en consultorio
- Atención domiciliaria

¿Cada cuánto tiempo su familiar asiste a consulta fonoaudiológica?

Texto de respuesta largo

¿Sabe el motivo por el cual su paciente es atendido por una/un fonoaudióloga/o? Comente

Texto de respuesta largo

Materiales y métodos

¿Hace cuánto tiempo su familiar presenta dieta adaptada?

- Menos de 3 meses
- Entre 3 meses y 1 año.
- Más de 1 año.
- No presenta dieta adaptada.
- No conozco esa información

⋮

¿Qué tipo de consistencia/s tiene indicada su familiar?

- Sólida (dieta general)
- Sólida sin alimentos de riesgo (tales como frutos secos, legumbres, alimentos hojaldrados)
- Sólida blanda (alimentos blandos, húmedos, que requieran poca masticación)
- Semisólida (alimentos procesados)
- No conozco esa información

Con respecto a los líquidos ¿Qué tipo de consistencia tiene indicada su familiar con disfagia?

- Libres (sin ningún tipo de espesante)
- Espesados a consistencia jarabe
- Espesados a consistencia cremosa
- Espesados a consistencia semi sólida.
- No conozco esa información

Materiales y métodos

¿Cuál es/son su/s rol/es con respecto a la alimentación de su familiar?

- Preparar los alimentos
- Comprar los alimentos
- Asistirlo durante la ingesta de alimentos
- Ninguno de los anteriores
- Otro

Recibí por parte de la/el fonoaudióloga/o las siguientes orientaciones e indicaciones.

	SI	NO
Listado con ideas de alimentos s...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Importancia de un adecuado posi...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quedarse sentado durante un tie...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Control de volumen en los bocad...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respetar los tiempos de ingesta, ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizar degluciones en seco pos...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpiar restos de alimento que h...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizar maniobra 'chin down' en ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué otras orientaciones ha recibido de la/el fonoaudióloga/o?

Texto de respuesta largo

¿Cuáles de esas orientaciones le fueron más fáciles de implementar?

Texto de respuesta largo

¿Y cuáles más difíciles?

Texto de respuesta largo

Materiales y métodos

¿Con qué frecuencia usted tiene en cuenta los siguientes aspectos?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
Posición del pa...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tipos de alime...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tipos de consi...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Ha recibido información acerca de lo que es la disfagia y los signos de alarma de la misma?

Comente

Texto de respuesta largo

¿Qué profesional le ha brindado esa información? Comente

Texto de respuesta largo

¿Ha recibido alguna capacitación acerca de la preparación de los alimentos para su familiar?

1. SI
2. NO

En caso de haber recibido capacitación ¿Cómo fue brindada?

- Formato taller preparando alimentos de distintas consistencias.
- Llevando alimentos del hogar a la terapia.
- Guía escrita.
- Entrega de videos.

Materiales y métodos

¿Con qué frecuencia usted percibe las siguientes sensaciones con respecto a la alimentación de su familiar?

	Sumamente fr...	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente
Temor por que ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temor con res...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inseguridad co...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inseguridad co...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desgaste ment...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cansancio en e...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Ha notado cambios en alguno de estos aspectos en su familiar desde que se empezó el tratamiento?

- Aumento de peso
- Aumento de la seguridad en la alimentación
- Descenso del temor a comer
- Aumento del temor a comer
- Descenso de la seguridad en la alimentación




¿Cómo percibe el paciente el cambio en la alimentación?

Texto de respuesta largo

Materiales y métodos

¿Hay algún tipo de información o asesoramiento acerca del manejo de la alimentación de su familiar con disfagia sobre el cual le gustaría recibir más información por parte de la fonoaudióloga?

Texto de respuesta largo

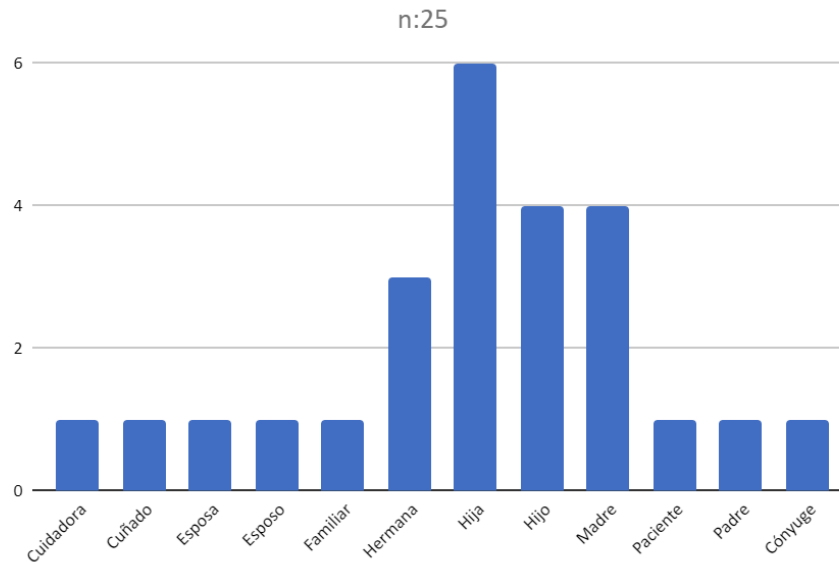
  Obligatoria 

Resultados

Resultados

Se presenta el análisis de las respuestas obtenidas a través de un cuestionario online realizado entre junio del 2023 y febrero del 2024.

Gráfico N° 1: Vínculo con el paciente con disfagia

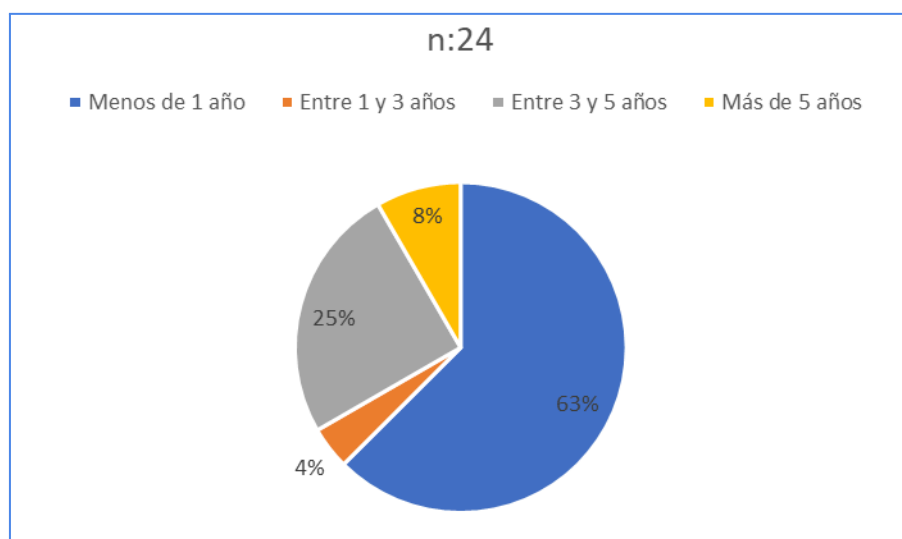


Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

La muestra se encuentra compuesta por 25 participantes, reflejando una variedad de vínculos familiares con el paciente que padece disfagia. Esta diversidad de relaciones es fundamental para comprender la dinámica del apoyo y el cuidado en el contexto de la disfagia.

Dentro del grupo de participantes analizados, se destaca que principalmente respondieron familiares directos tales como hijos/as y madres y padres.

Gráfico N°2 Tiempo que presenta dificultades para tragar.

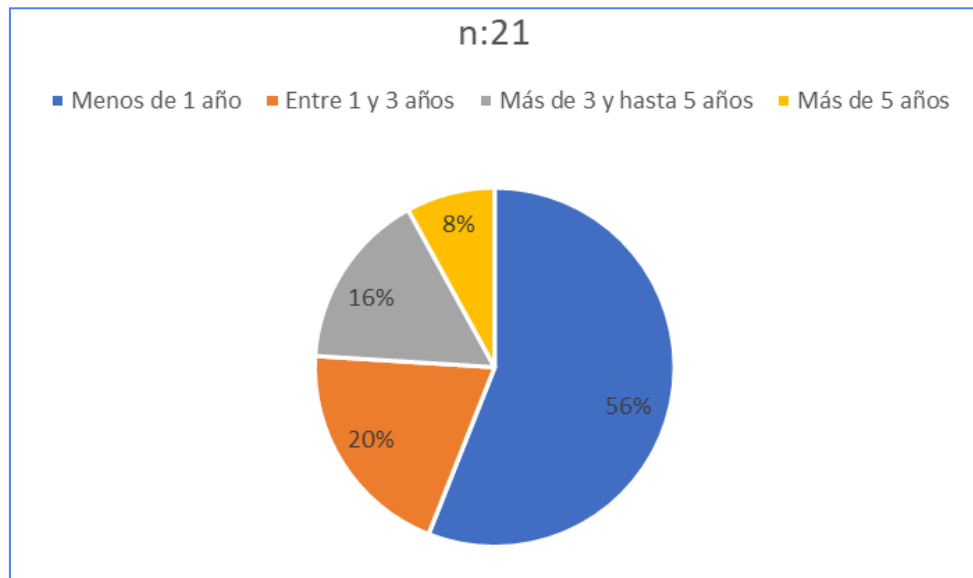


Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Resultados

Los datos obtenidos muestran que el 63% de los pacientes experimentaron dificultades para tragar durante menos de 1 año, mientras que el 37% restante presenta disfagia hace más de un año.

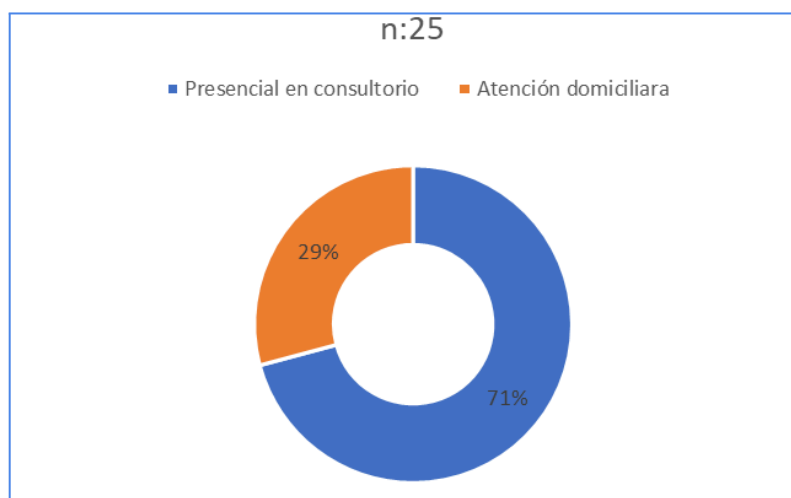
Gráfico N°3: Antigüedad de tratamiento fonoaudiológico



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Estos resultados sugieren que más de la mitad de los pacientes han estado en tratamiento por menos de 1 año, mientras que el resto ha continuado el tratamiento por períodos más prolongados. Se observa que todos los participantes que han estado en tratamiento fonoaudiológico durante un año tienen una antigüedad similar en el diagnóstico de la patología. Uno de los participantes informó haber recibido el diagnóstico entre 3 y 5 años atrás y haber estado en tratamiento durante 1 a 3 años.

Gráfico N°4: Modalidad de atención

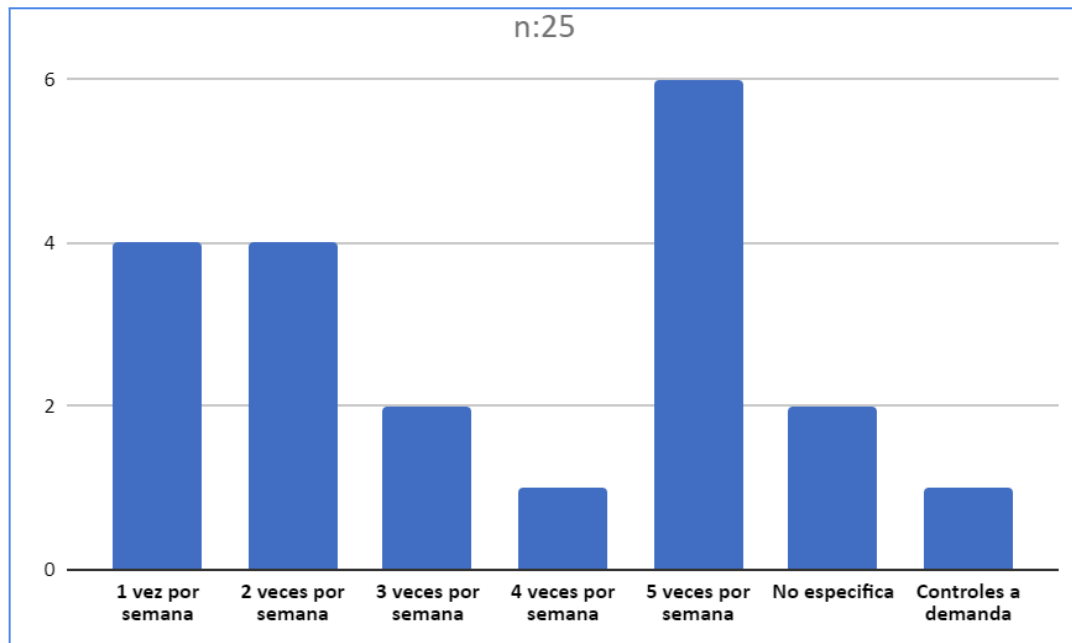


Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Resultados

Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes asiste a terapia fonoaudiológica de manera presencial en consultorio, mientras que el resto recibe atención domiciliaria.

Gráfico N°5: Frecuencia con la que su familiar asiste a terapia



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Esta distribución refleja la diversidad en las necesidades y la planificación del tratamiento entre los pacientes. Ocho pacientes realizan tratamiento 1 o 2 veces por semana, mientras que siete pacientes presentan una frecuencia de atención alta, entre 4 y 5 veces por semana.

Tabla N° 1: Motivo por el cual su familiar realiza tratamiento fonoaudiológico

F1	Al ser operado de un tumor del 4 ventriculo le afecto la deglución
F2	Por haber tenido la enfermedad del Guillan Barre
F3	Sufrió un ACV
F4	Tuvo un ACV isquémico
F5	Problemas de disfagia
F6	Si, no puedo tragar la comida
F7	Botón gástrico por romboencefalitis
F8	Por acv
F9	Tuvo un acv, por ese motivo tuvo dificultad para hablar y comer

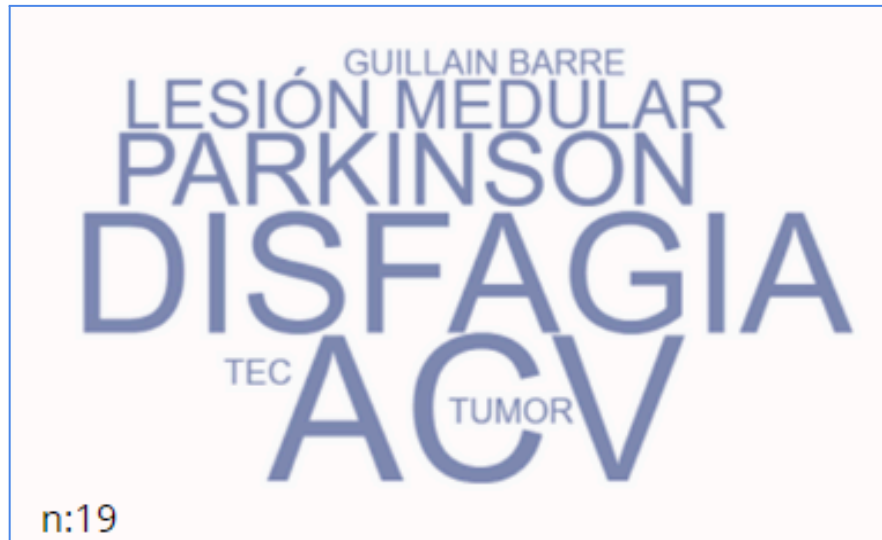
Resultados

F10	Mi hijo tuvo un accidente por el cual tuvo un traumatismo de cráneo severo y quedó con un importante daño neurológico. Tuvo que aprender a hablar y a comer. Con éxito lo logró. Aunque aún le falta rehabilitar mucho. Pero tenemos fe que lo logrará.
F11	Si
F12	Si
F13	No responde
F14	Sufrió un ACV y tiene dificultades para comer
F15	Tuvo un accidente vehicular y tuvo una lesión medular
F16	Consecuencias de la enfermedad de Parkinson
F17	Sufrió un accidente vehicular y tiene lesión medular
F18	Tuvo un ACV y se alimenta por sonda y boca
F19	Sí
F20	Se ahoga con líquidos y no puede comer cualquier cosa
F21	Sí
F22	Parkinson
F23	Parkinson
F24	Tiene dificultades para hablar y alimentarse
F25	Si

Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

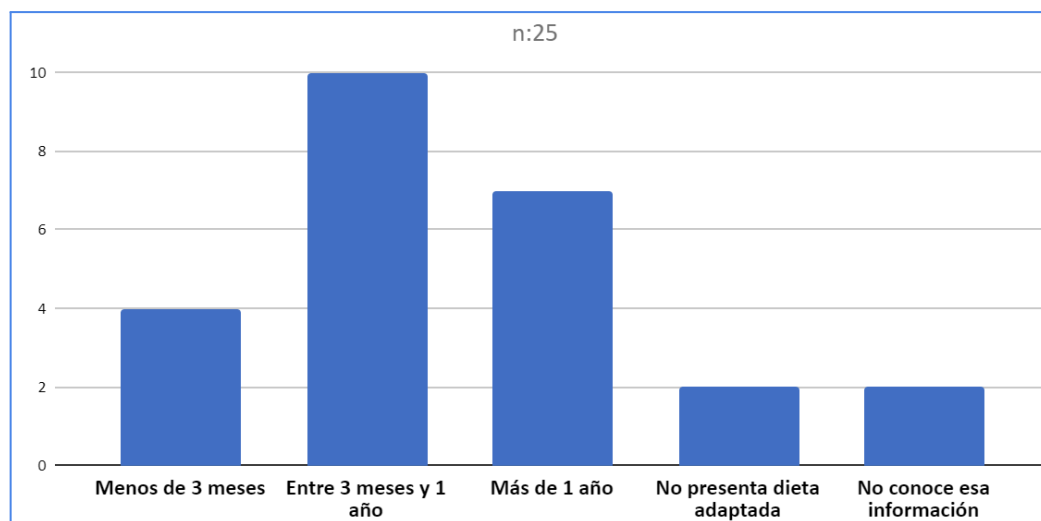
Los resultados revelan que las respuestas principales estuvieron relacionadas con una variedad de diagnósticos. Entre ellos, se incluyen principalmente accidentes cerebrovasculares, lesión medular por accidente vehicular, consecuencias de la enfermedad de Parkinson, tumor cerebral y síndrome de Guillain-Barré. Además de los diagnósticos, la mayoría de los familiares mencionan que los pacientes asisten a terapia fonoaudiológica debido a dificultades para tragar alimentos y/o líquidos. Es importante destacar que ninguno de los encuestados desconoce el motivo del tratamiento.

Nube de palabras N°1: Motivo de tratamiento fonoaudiológico.



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Gráfico N° 7: Antigüedad en la dieta adaptada

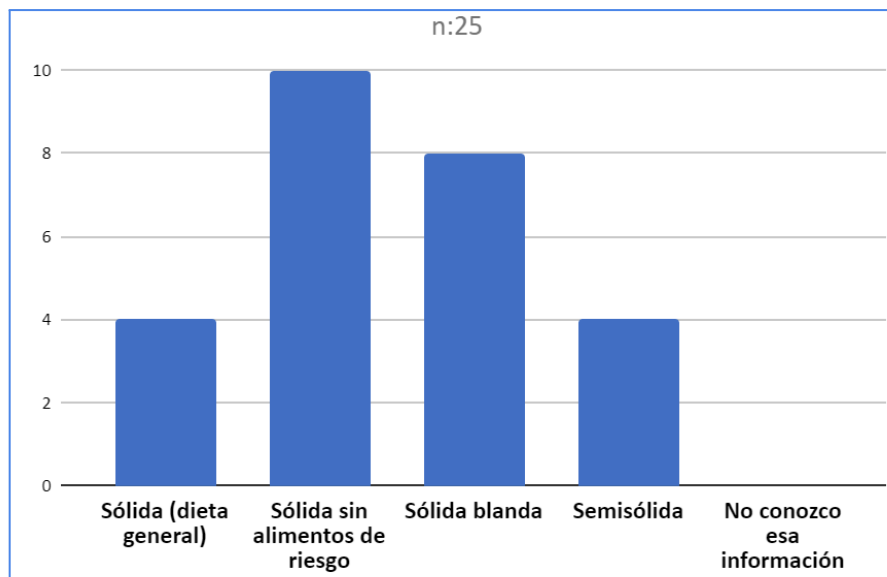


Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

A la mayoría de los pacientes se les ha indicado una dieta adaptada durante un período de entre 3 meses y 1 año, en segundo lugar, aquellos con indicación durante más de 1 año. La minoría de los participantes ha seguido la dieta adaptada por menos de 3 meses o no presentan dieta adaptada.

En la mayoría de los casos, no se observa discrepancia entre la antigüedad de la indicación de dieta modificada y la asistencia a tratamiento fonoaudiológico. Solamente se observaron diferencias en 4 pacientes, los cuales indicaron haber comenzado el tratamiento fonoaudiológico hace un período significativamente más prolongado en comparación con la implementación de una dieta modificada. Aunque los participantes no especificaron el tipo de diagnóstico, esta discrepancia temporal podría plantear la hipótesis de la presencia de una enfermedad neurodegenerativa.

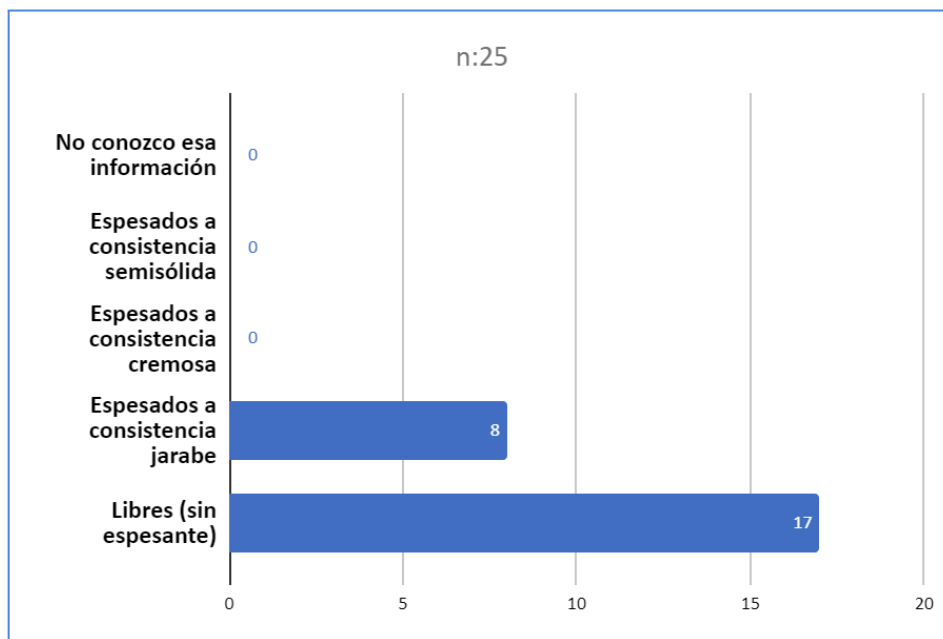
Gráfico N° 8: Tipo de consistencia indicada para los alimentos



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Los resultados obtenidos revelan que la mayoría de los participantes de la muestra muestran indicaciones de requerir una dieta adaptada, sólida sin alimentos de riesgo o sólida blanda, lo cual denota un gran compromiso en la deglución que requiere de una adecuada intervención terapéutica.

Gráfico N°9: Tipo de consistencia indicada para líquidos

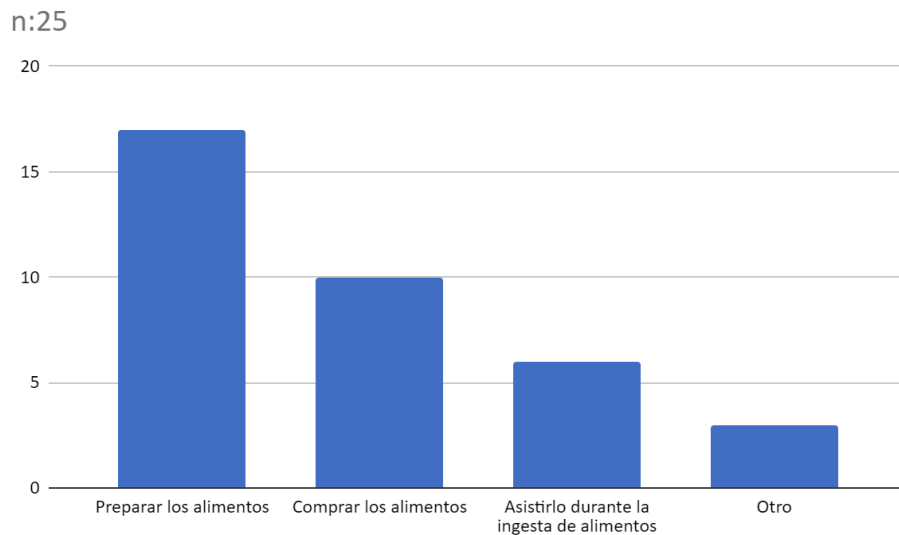


Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Resultados

Se observa que la mayoría de los participantes presenta indicación de líquidos libres, sin ningún tipo de espesante. Sin embargo, ocho participantes presentan líquidos espesados a jarabe. Al respecto, se destaca que la mayoría de los participantes que tienen indicación de líquidos espesados a jarabe también tienen prescrita una dieta sólida blanda.

Gráfico N°10: Rol del familiar con respecto a la alimentación

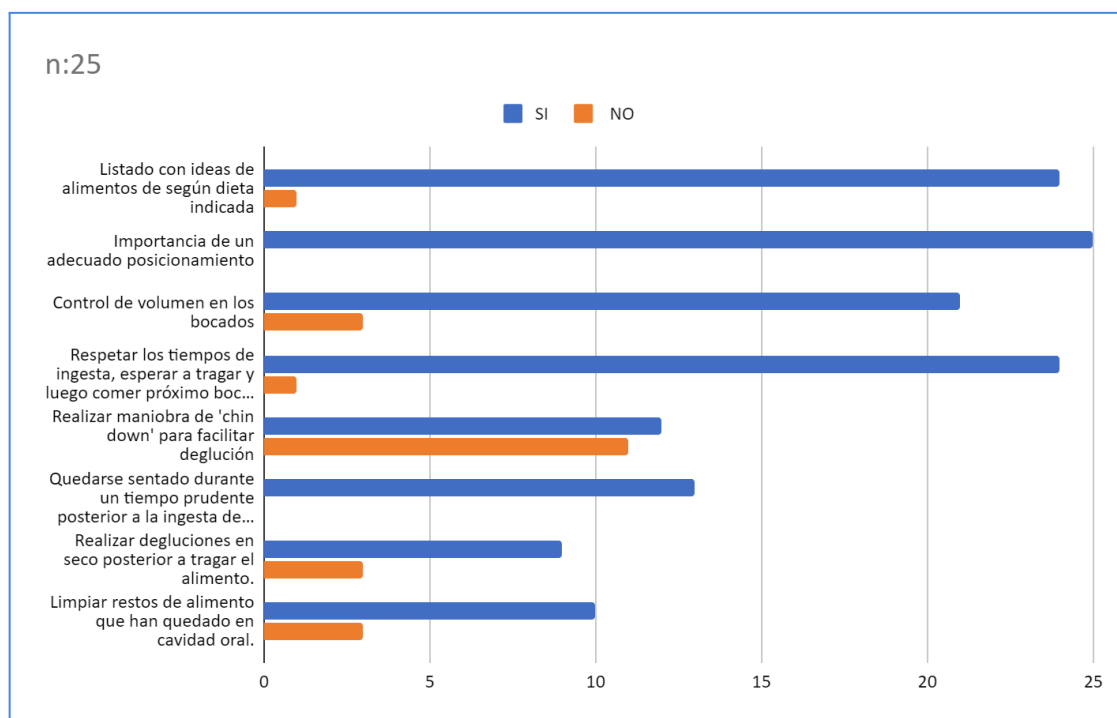


Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

En cuanto al rol que desempeñan los familiares en el cuidado de los participantes, se observa que algunos han marcado varias opciones. La mayoría de refieren encargarse de la preparación de los alimentos y en menor medida, de la compra de los mismos.

Gráfico N°11 Orientaciones e indicaciones recibidas por parte del fonoaudiólogo

Resultados



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Entre las orientaciones recibidas, las que más se destacan son la importancia de mantener una postura adecuada durante las comidas, listado con ideas de alimentos, respetar tiempos recomendados entre cada bocado y respetar el control de volumen de los bocados. En menor medida se observan las maniobras compensatorias, degluciones en seco posterior a tragar el alimento y limpiar restos en cavidad oral.

Tabla N°2: Otras orientaciones recibidas por el/la profesional

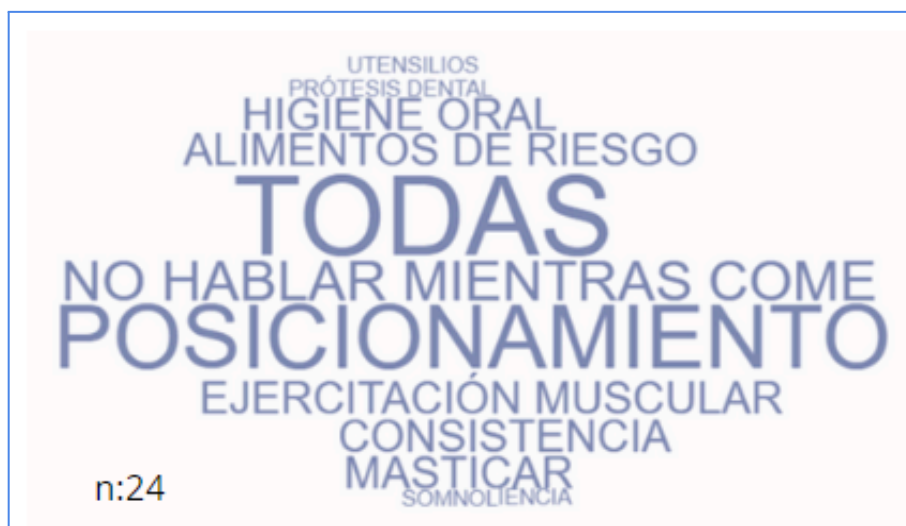
F1	Que ingiera los alimentos sin hablar , ni mirar televisión, tampoco usar celular. Tener una buena postura . Comer de manera pausada.
F2	Que masticara bien la comida , que no hablara mientras ingería
F3	Todas las que necesitábamos
F4	Que siempre tenga su dentadura(postiza)puesta ya que muchas veces él se la quitaba
F5	Alimentos , ejercicios
F6	No hablar mientras como
F7	Precauciones y soluciones en caso de atragantamiento
F8	No hablar mientras come
F9	Lavar la boca después de cada comida . Mirar imágenes y responder su nombre sin tener que leer. Ponerlo a pensar y después responder tranquilo.

F10	En realidad ellas nos orientaron en todo lo que hizo falta . Y ahora nos adaptamos y aprendimos a hacerlo como corresponde. Nunca tuvo problemas para tragar ya que aprendió muy bien. Solo le cuesta porque tiene mucha saliva y no termina de tragarla y babea del lado izquierdo
F11	Hacer la ejercitación muscular
F12	Toda la necesaria para alimentarse sin riesgo
F13	Todas las necesarias
F14	No darle de comer si está dormida.
F15	Evitar los alimentos de riesgo debido a tos inefectiva
F16	No responde
F17	Que se eviten los alimentos de riesgo por tos inefectiva
F18	No hablar mientras come
F19	Las orientaciones han ido cambiando según mi hijo va mejorando
F20	Masticar bien los alimentos antes de tragar
F21	Orientación en cubiertos a usar, mobiliario adecuado, entre otros
F22	Posturas en general, diálogos
F23	Algunas técnicas a utilizar por ejemplo cuando se queda con la boca cerrada y quieta y no quiere tragar, o cuando se higieniza la boca y se queda con la boca cerrada sin escupir.
F24	Consistencia de los alimentos, líquidos y forma y posición
F25	Permanecer parado más tiempo.

Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

Los familiares han recibido una amplia gama de orientaciones por parte del profesional tratante para mejorar el proceso de alimentación y garantizar la seguridad de las ingestas.

Nube de palabras N°2: Otras orientaciones que recibieron por parte de el/la profesional tratante



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Dichas orientaciones incluyen la recomendación de que el paciente ingiera los alimentos sin distracciones como hablar, mirar televisión o usar el celular y comiendo de manera pausada. Además, se hizo hincapié en la importancia de que el paciente siempre tenga puesta su dentadura postiza durante las comidas y se les proporcionó orientación sobre la selección de alimentos y la realización de ejercicios específicos. Se instruyó sobre las precauciones y soluciones en caso de atragantamiento, así como sobre la higiene oral, incluyendo el lavado de boca después de cada comida. También se recomendó evitar darle de comer al paciente si está dormido y evitar alimentos que representen riesgo debido a la tos inefectiva. Se enfatizó la necesidad de masticar bien los alimentos antes de tragar y se proporcionó orientación sobre el uso adecuado de cubiertos. También, mencionan como importante la postura y posicionamiento durante las comidas, como el uso del mobiliario adecuado para el mismo. También refieren haber aprendido técnicas para mejorar la ingesta de alimentos. Por último, se menciona la preparación de la consistencia de los alimentos y líquidos.

Tabla N°3: Orientaciones más fáciles de implementar

F1	Todas
F2	Todas. No tuvo problemas para seguir las indicaciones
F3	Todas fueron fáciles, menos la de no hablar mientras comía.
F4	Casi todas, sin mayor dificultad
F5	Todas eran fáciles
F6	Ejercicios

Resultados

F7	Todas, menos hablar
F8	Todas
F9	No responde
F10	Preparar los alimentos licuados fue muy importante y la forma de dárselo
F11	Ejercicios
F12	Preparación de los alimentos y ritmo deglutorio
F13	Adaptar alimentos
F14	Posicionamiento
F15	Todas fueron fáciles
F16	Poner espesante a los líquidos
F17	Todas han sido útiles
F18	Tener un buen posicionamiento
F19	Todas
F20	Todas
F21	Listado de alimentos
F22	No responde
F23	Si bien no es usual utilizarlas, cuando las uso se resiste un poco.
F24	Consistencia
F25	No responde

Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

Dentro de lo que fueron las orientaciones que resultaron más fáciles de implementar, se destaca que la mayoría de los encuestados expresaron que todas las orientaciones fueron fáciles de seguir, lo que refleja una alta adherencia a las indicaciones proporcionadas por el profesional tratante. Algunos destacaron específicamente la facilidad para realizar ejercicios y adaptar los alimentos según las recomendaciones recibidas. La modificación del ritmo deglutorio fue otro aspecto mencionado como importante, principalmente porque al indicar una dieta adecuada para el paciente, el tiempo necesario para comer se reduce, lo que resulta en un menor desgaste durante el proceso de alimentación. Además, se menciona el posicionamiento adecuado durante las comidas.

Resultados

Aunque hubo menciones de cierta resistencia en ocasiones al utilizar algunas orientaciones, en general, se observa una disposición favorable y fáciles para cumplirlas.

Nube de palabras n°3 Orientaciones que les resultaron más fáciles de implementar



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

Tabla N° 4: Orientaciones más difíciles de implementar

F1	Respetar tiempos de ingesta
F2	Ninguna
F3	La de hablar mientras ingería
F4	Comer y tragar lentamente
F5	Hacer tomar líquido con espesante
F6	Preparación de alimentos
F7	No hablar mientras como
F8	Los nervios de las primeras ingestas de frutos secos e infusiones calientes
F9	No responde
F10	No nos fue difícil nada
F11	Lograr textura
F12	Que quiera ejercitar
F13	Que coma tranquila
F14	Guiarme del listado de alimentos
F15	Respetar los tiempos de ingesta
F16	Asistirlo cuando está off esperando el momento que pueda comer y darse cuenta

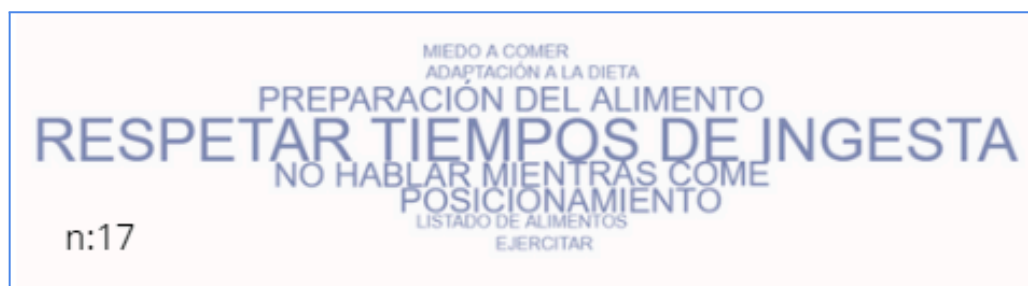
Resultados

	cuando puede empezar hay veces que el proceso lleva mucho tiempo
F17	Respetar los tiempos de ingesta
F18	Respetar los tiempos de ingesta
F19	No
F20	Adecuado posicionamiento
F21	Respetar los tiempos y volúmenes de los bocados
F22	No responde
F23	No responde
F24	Posición
F25	No responde

Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

La orientación más mencionada fue la dificultad para respetar los tiempos de ingesta, seguida por la recomendación de no hablar mientras se come. Algunos participantes también expresaron dificultades en lograr una adecuada textura de los alimentos y uso de espesantes en líquidos. También, se mencionó como un aspecto desafiante lograr que el paciente coma de manera tranquila. Aunque algunos participantes indicaron que no encontraron dificultades en seguir las orientaciones, otros señalaron la complejidad de lograr un adecuado posicionamiento durante las comidas. En resumen, estas dificultades resaltan los desafíos prácticos que enfrentan los cuidadores y los pacientes en el manejo de la disfagia.

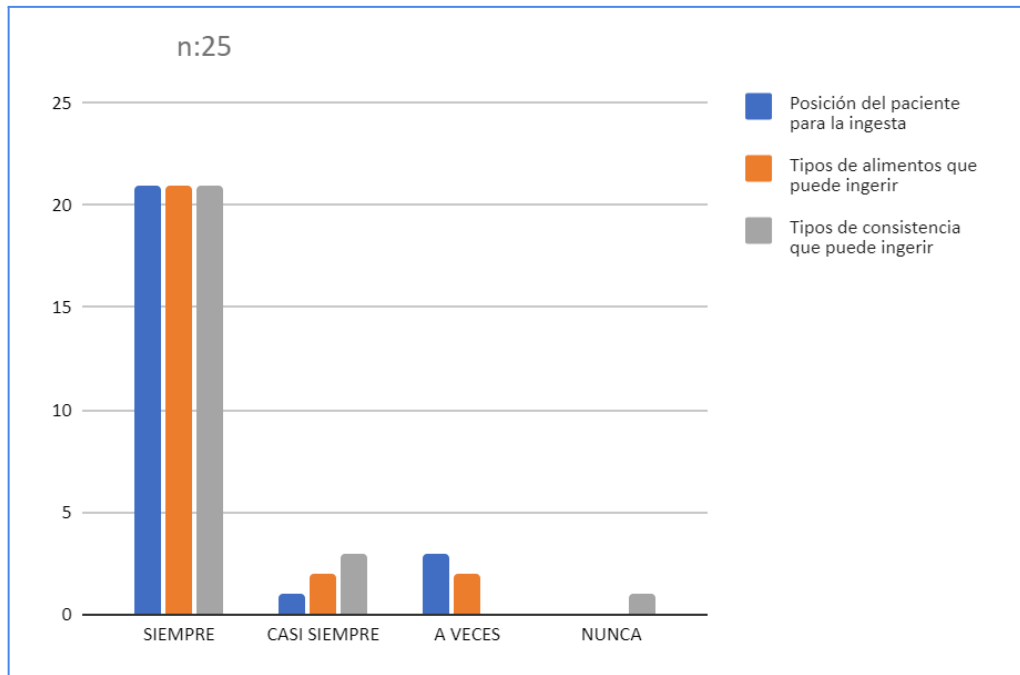
Nube de palabras n°4 Orientaciones más difíciles de implementar



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Gráfico N° 15 Frecuencia con la que tiene en cuenta diferentes aspectos para el momento de las ingestas

Resultados



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Con respecto a la posición del paciente durante la ingesta, así como a los tipos de alimentos y consistencia que puede ingerir, en su gran mayoría han afirmado que siempre toman en consideración estos aspectos.

Tabla N°5: Recepción de información sobre la disfagia y signos de alarma

F1	No recuerdo en este momento
F2	Si recibí
F3	Sí
F4	Si, siempre estuvimos muy bien asistido e informados
F5	Si
F6	Si, recibí información sobre los ahogos
F7	Si. En este caso fue un proceso de muy rápida evolución
F8	Si
F9	Si ,babeo alimento en la lengua, toser.
F10	Solo la que nos dieron las fonoaudiólogas
F11	Si
F12	Si
F13	Fono

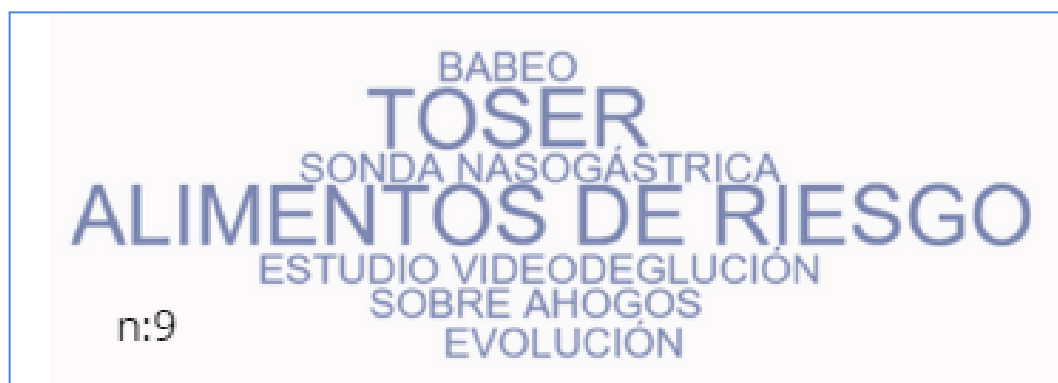
Resultados

F14	Si, sobre todo después que se realizó un estudio para ver cómo comía.
F15	Sí, principalmente para tener en cuenta los alimentos y las consistencias de riesgo.
F16	Cuando tose es un signo que no ha tragado bien y después de toser recordarle que trague bien
F17	Sí, principalmente para tener en cuenta los alimentos y las consistencias de riesgo
F18	Si, porque desde la internación se alimentaba por sonda
F19	Sí
F20	Positivo
F21	Si, sobre todo de las dudas que tenía sobre la evolución
F22	Sí
F23	Sí
F24	Sí
F25	No

Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

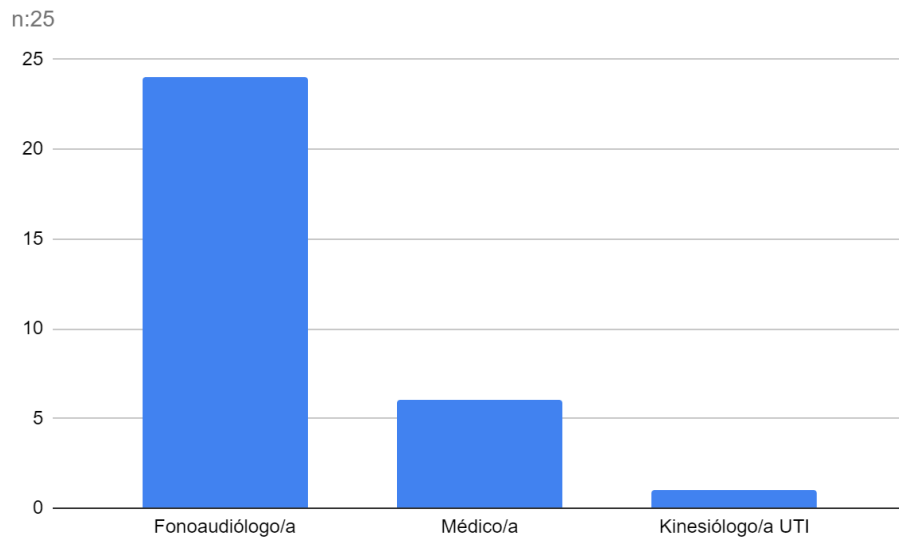
La mayoría de los encuestados indicaron que han recibido información al respecto, algunos de manera más detallada que otros. Entre los temas abordados se encuentran los síntomas de ahogo, el babeo, restos de alimentos en la boca y la importancia de identificar los signos de alarma, como la tos durante la alimentación. Además, algunos participantes mencionaron haber recibido información sobre los alimentos y las consistencias de riesgo.

Nube de palabras n°5: Información recibida sobre la disfagia y los signos de alarma



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

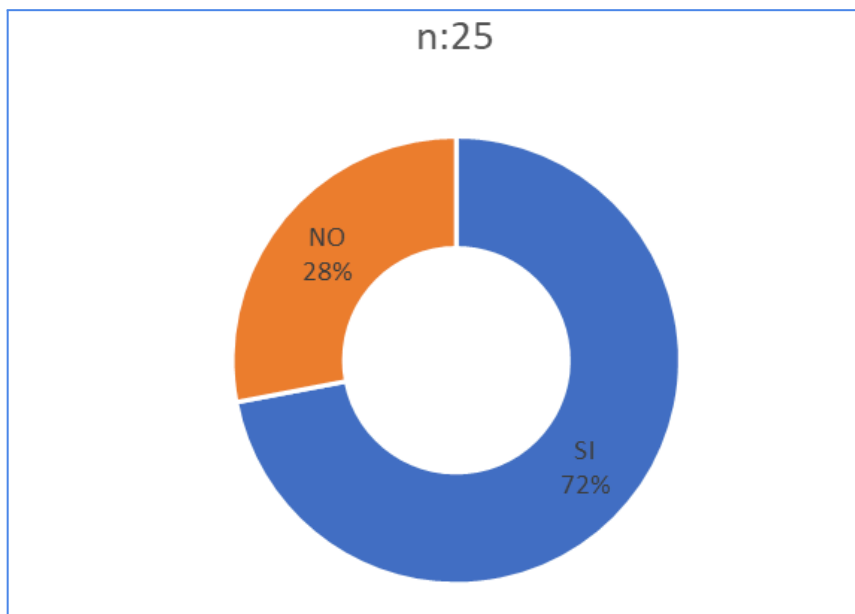
Gráfico N° 17: Tipo de profesional que le brindó información



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

En la mayoría de los casos, los/as fonoaudiólogos/as fueron quienes brindaron información a los familiares. La pregunta permitió respuestas múltiples, donde se destacó la participación principalmente de fonoaudiólogos/as y médicos/as en la entrega de información.

Gráfico N° 18: Capacitación acerca de la preparación de los alimentos

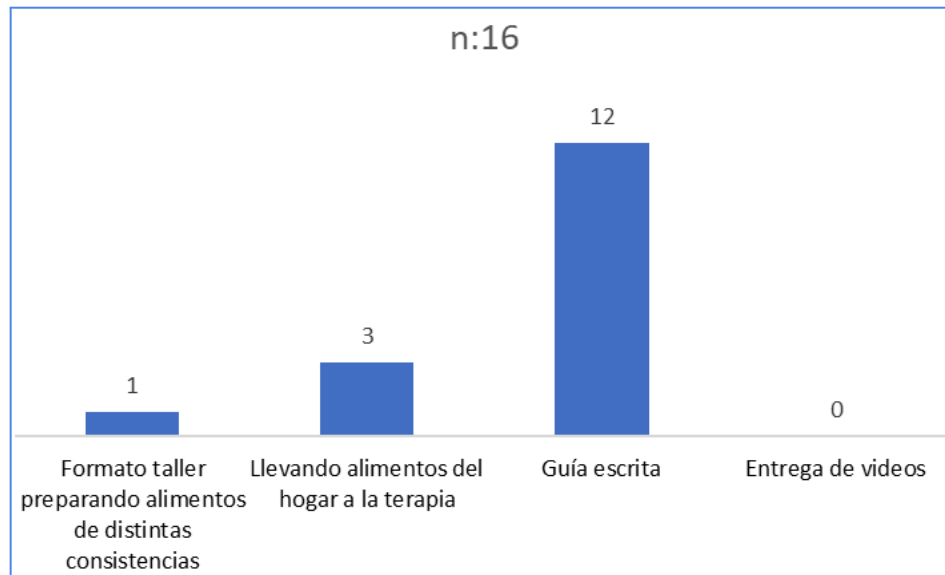


Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

En su mayoría, el 72%, los participantes han recibido algún tipo de capacitación con respecto a la preparación de alimentos.

Resultados

Gráfico N° 19: Formato por el cual recibieron información sobre la preparación de alimentos.

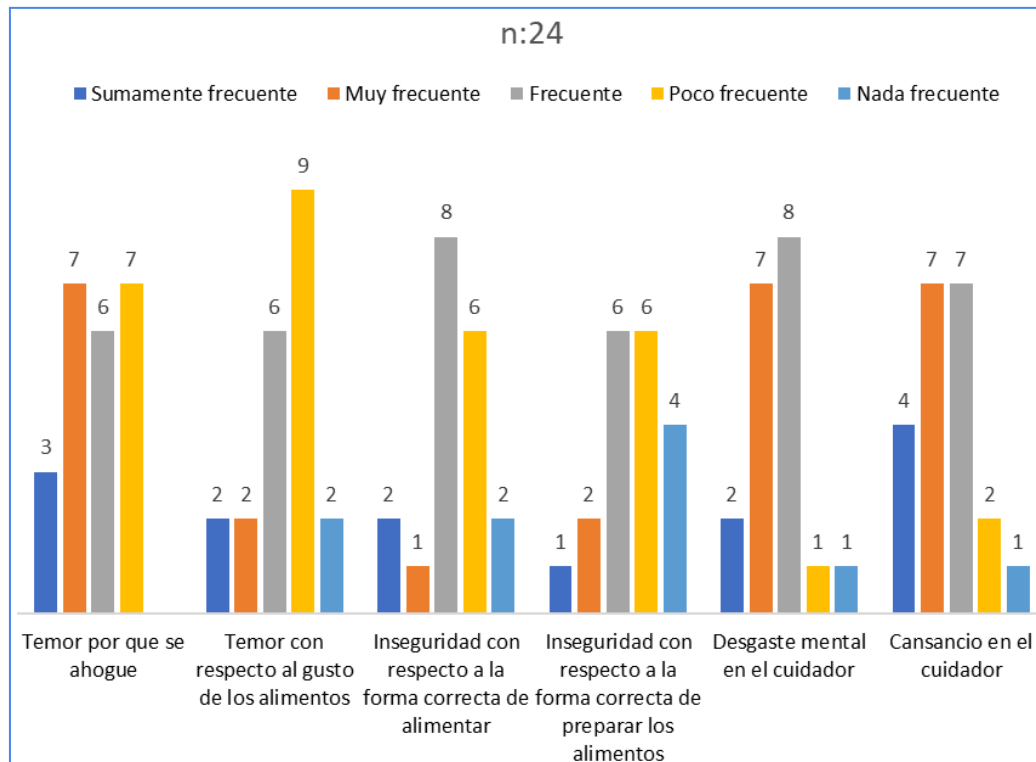


Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

En cuanto a la forma en que los familiares recibieron información sobre la preparación de alimentos, se destaca que la mayoría han recibido una guía escrita.

Gráfico N° 20: Frecuencia de percepción de sensaciones con respecto a la alimentación de su familiar

Resultados



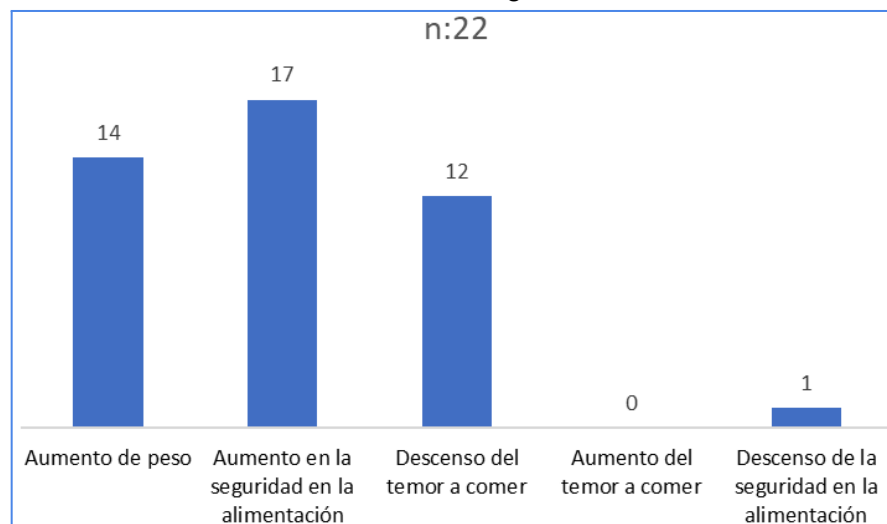
Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

Al analizar cada ítem, se observa una mayor frecuencia, en el temor por que se ahogue, la inseguridad con respecto a la forma correcta de alimentar, el desgaste mental en el cuidador y el cansancio en el cuidador.

Se destaca que las sensaciones menos frecuentes son el temor con respecto al gusto de los alimentos y la inseguridad en la forma correcta de prepararlos.

Al analizar el rol del cuidador, se observa que la mayoría que mencionaron preparar los alimentos, también presentan una mayor frecuencia en la inseguridad con respecto a la forma correcta de hacerlo.

Gráfico N°21: Cambios notados luego del inicio del tratamiento



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

En primer lugar, 17 de ellos mencionan un aumento en la seguridad durante la alimentación, lo que sugiere una mejora en la confianza y la comodidad en este aspecto. En segundo lugar, 14 participantes señalan un aumento de peso del paciente, lo que indica una respuesta positiva al tratamiento en términos competencia. Además, 12 participantes reportan un descenso en el temor o miedo a comer, lo que sugiere una mejora en la actitud hacia la alimentación. Solo un participante menciona una sensación de disminución en la seguridad durante la alimentación, lo cual podría sugerir la necesidad de una reevaluación deglutoria. Por otro lado, ninguno de los participantes ha mencionado un aumento en el miedo a comer, lo que sugiere que la evaluación, indicaciones y el tratamiento han sido efectivos. Los cambios observados después del inicio del tratamiento apuntan hacia una mejora general en la seguridad durante la alimentación, el peso del paciente y la actitud hacia la alimentación.

Tabla N°6: Percepción del paciente sobre el cambio de alimentación

F1	No responde
F2	Se tranquilizó, mejoró su estado de animo
F3	Bien
F4	A veces con disgusto, pero acata todo lo que le decimos
F5	Lo ha aceptado bien
F6	De manera segura y positiva
F7	Se adapta sin dificultades
F8	Bien aunque quiere comer alimentos que no están indicados
F9	Feliz ,siente que tiene más fuerza ..
F10	Tuvo que empezar de cero como si fuera un bebé. Pero lo aceptó muy bien
F11	Aumenta de peso
F12	Disfruta más el momento de ingesta
F13	Aumenta de peso y reduce tiempo de comer
F14	Está de acuerdo
F15	Está de acuerdo
F16	Alguna vez quiere comer algo sólido que está en la mesa para los demás y pienso quiere sentir la comida como antes

Resultados

F17	Está de acuerdo
F18	Se siente cansada, quiere incorporar nuevas consistencias
F19	Feliz cada vez que podemos sumarle algún nuevo alimento
F20	Positivo
F21	Bien
F22	Ya hizo hábito de esta forma. Disfruta comer.
F23	Al principio un poco resistente pero se fue acostumbrando al ver que le genera mayor facilidad para tragar
F24	No se manifiesta
F25	No responde

Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

En su mayoría, mencionan que los pacientes refieren haber aceptado bien o de manera positiva la modificación en su dieta, sintiéndose tranquilos, seguros y felices con los resultados obtenidos. Algunos han experimentado mejoras en su estado de ánimo y han disfrutado más el momento de la ingesta, mientras que otros han notado un aumento en su peso y una reducción en el tiempo de comer. Sin embargo, algunos pacientes pueden mostrar resistencia inicial o disgusto ocasional, pero acatan las indicaciones proporcionadas. También se observa que algunos expresan el deseo de incorporar nuevas consistencias o de recuperar la sensación de comer alimentos sólidos. En general, se evidencia un balance positivo en la percepción del cambio en la alimentación por parte de los pacientes.

Nube de palabras n°6: Percepción del paciente sobre el cambio de alimentación



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

Tabla N° 7: Información y asesoramiento que desean recibir los familiares

F1	No responde
F2	No
F3	No

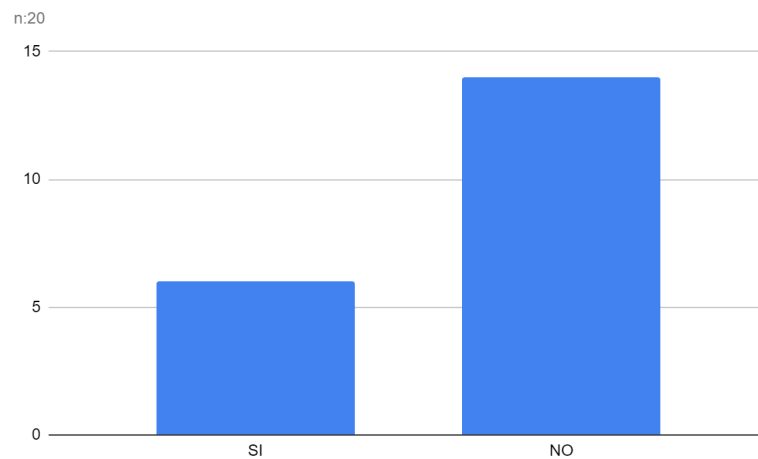
Resultados

F4	En este momento Roberto se encuentra asistido por sus hijas en España, pero si es necesario seguir informándome no tengo problema y estoy a disposición
F5	Cantidad de líquido por sorbo que puede tomar.
F6	No
F7	No hace falta en la actualidad
F8	No
F9	Por el momento ninguna Viene muy bien, muy agradecida.
F10	Por ahora no
F11	No
F12	Recibo toda la información necesaria en cada sesión
F13	No
F14	En algún momento se podrá progresar a una dieta general
F15	Si se puede pasar a dieta general
F16	No responde
F17	Saber nuevas recetas, o ideas para sumar nutrientes a la comida
F18	Tomo toda la información que está a mi alcance y siempre es bienvenida ...
F19	Cuando se podría repetir un nuevo estudio de videodeglución para incorporar más alimentos
F20	Adecuado posicionamiento
F21	No gracias
F22	No responde
F23	No responde
F24	No lo tengo presente
F25	No responde

Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

Gráfico N°22: Deseo de recibir más información por parte de los familiares

Resultados



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación.

La mayoría de los participantes expresan no necesitar información adicional. Sin embargo, algunos refieren interés en conocer la cantidad de líquido que el paciente puede tomar por sorbo, saber cuándo podrían progresar a una dieta general, consultar sobre nuevas recetas para sumar mayor valor nutricional y conocer cuándo se podrá repetir el estudio de videodeglución para incorporar más alimentos. Finalmente, otros mencionan que reciben toda la información necesaria en cada sesión.

Nube de palabras n°7: Información y asesoramiento que desean recibir los familiares



Fuente: Elaboración sobre datos de la investigación

Conclusión

Conclusión

A partir de la siguiente investigación acerca del grado de aceptación que percibe la familia de pacientes con disfagia neurogénica sobre las recomendaciones brindadas por un profesional fonoaudiólogo/a en relación al momento de la ingesta y la adecuación de la consistencia de los alimentos se presentan las siguientes conclusiones:

Se observa que la mayoría de los familiares son de vínculo directo. Vargas García (2022) resalta la importancia de involucrar a los familiares como aliados clave en el tratamiento de personas con disfagia. En cuanto a las características del tratamiento, la mayoría de los participantes presentaron dificultades para deglutir durante menos de un año. Además, aquellos que han estado en tratamiento fonoaudiológico durante un año tienen una antigüedad similar en el diagnóstico de la patología. Vanegas et al. (2020) destacan la importancia de la identificación temprana de la disfagia, aunque aún no existe un consenso universal sobre la mejor herramienta de evaluación clínica para la deglución. Respecto a la modalidad de tratamiento, la mayoría de los participantes reciben terapia fonoaudiológica de forma presencial en consultorio.

Con respecto a las orientaciones recibidas, se abarca una amplia gama de recomendaciones proporcionadas por el/la fonoaudiólogo/a tratante. Estas incluyen aspectos como mantener una postura adecuada durante las comidas, respetar los tiempos entre bocados y controlar el volumen. Además, se enfatiza la importancia de evitar distracciones durante las ingestas, utilizar prótesis dental, seleccionar alimentos apropiados y practicar ejercicios. Quintana Sanjuás et al. (2018) mencionan que es importante educar a la familia en los cuidados, que aprendan pautas terapéuticas y compensatorias para favorecer la seguridad. Se observa una alta adherencia a estas orientaciones. La adaptación de los alimentos, la modificación del ritmo deglutorio y el posicionamiento adecuado durante las comidas son aspectos resaltados como particularmente fáciles de seguir. También se identifican desafíos, como la dificultad para respetar los tiempos de ingesta y la recomendación de no hablar durante las comidas. Algunos mencionaron dificultades con la textura de los alimentos y el uso de espesantes en líquidos, como también lograr que el paciente coma de manera tranquila. Según Espinosa Val (2018) los factores que influyen en el cumplimiento de las indicaciones brindadas pueden ser varios, tales como negación del problema, insatisfacción con el tipo de dieta y/o viscosidad de los líquidos, aspectos relacionados a la calidad de vida, minimización de las dificultades, omisión a las recomendaciones, falta de entrenamiento y formación al familiar y paciente.

Al examinar el grado de aceptación en la familia en la adaptación de la consistencia de los alimentos y los líquidos, los resultados revelan una serie de percepciones y sensaciones significativas. Se destaca la frecuencia de temor por el riesgo de ahogarse, la inseguridad en la forma correcta de alimentar, así como el desgaste mental y el cansancio en los

Conclusión

cuidadores. Por otro lado, las sensaciones menos comunes incluyen el temor al gusto de los alimentos y la inseguridad en la forma de prepararlos. Al analizar el rol del cuidador, se observa una asociación entre aquellos que preparan los alimentos y una mayor frecuencia de inseguridad en la forma correcta de hacerlo. Los cambios notados con el tratamiento muestran una mejora general en la seguridad durante la alimentación, el aumento de peso del paciente y una actitud más positiva hacia la comida. Los familiares refieren que la mayoría de los pacientes han aceptado de manera positiva las modificaciones en su dieta, experimentando una mejora en su estado de ánimo y disfrutando más el momento de la ingesta. Aunque algunos pueden mostrar resistencia inicial, en general, refieren un balance positivo en la percepción del cambio en la alimentación por parte de los pacientes. Cabrera Morín (2018) menciona que la adaptación de la dieta es importante al momento de determinación de tratamiento y que la misma consiste en elegir la consistencia, textura, volumen y frecuencia más adecuada para cada paciente según las características y dificultades que presente, así como la forma en que se administre el mismo, ya sea en vaso, cuchara, sorbete, entre otros. El principal objetivo de dicha adaptación es lograr una ingesta segura y eficaz que dependerá de la viscosidad y densidad energética.

Respecto a la capacitación acerca de la preparación de los alimentos y sus características, se destaca la importancia de la capacitación proporcionada por los/as fonoaudiólogos/as a los familiares, ya que en la mayoría de los casos son ellos quienes brindan información sobre la preparación de alimentos. Esto refuerza el papel fundamental de los fonoaudiólogos en la educación y apoyo a los cuidadores en el manejo adecuado de la alimentación de los pacientes. El formato predominante de guías escritas fue el más mencionado. Vargas García (2022) señala que el profesional se debe enfocar en las características de la familia, teniendo en cuenta que no todas las realidades son iguales y dichas indicaciones pueden volverse insostenibles, sobre todo en aquellas que contemplan gastos económicos o tiempos de supervisión y acompañamiento permanente.

Se observa interés y una necesidad por parte de los cuidadores de adquirir conocimientos sobre este tema crucial.

Los datos recopilados ofrecen una base sólida para la creación de intervenciones más efectivas y centradas en el paciente en el manejo de la disfagia en el futuro.

En base a los datos obtenidos en el presente trabajo surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo varía la dinámica de apoyo y cuidado en pacientes con disfagia en función del tipo de vínculo familiar con el paciente?
- ¿Qué estrategias adicionales se emplean para optimizar la entrega de orientación y capacitación a los familiares de pacientes con disfagia?

Conclusión

- ¿Cómo colabora la atención interdisciplinaria en el abordaje de manera integral en el bienestar emocional de los pacientes y cuidadores?

Bibliografía

Bibliografía

- Campora, F. &. (2014). *Deglución de la A a la Z*. . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal.
- Cano. (2020). TRATAMIENTO DE LA DEGLUCIÓN EN ADULTOS. . *Fundación Universitaria María*.
- Catriona. (2015). The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. . *Dysphagia*, 30.
- Clavé, P. (2015). *Fisiopatología de la disfagia orofaríngea. Causas y epidemiología* .
- María Nieves Rodríguez Acevedo, P. V. (2018). CUIDADOS BÁSICOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA. DISFAGIA OROFARÍNGEA,. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y patología cervicofacial., España.
- Dulbeco, G. &. (2020). Abordaje del paciente con disfagia. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 50(3).
- Fernández, C. (2015). Características técnicas de los productos alimentarios específicos para el paciente con disfagia. . *Nutricion Hospitalaria*, 32(4).
- García González, G. R. (2016). Viscosidad en la dieta de pacientes diagnosticados de disfagia orofaríngea. *Bromatología*, 50.
- Hernández, A. e. (2018). LA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN EL SIGLO XXI, UN SÍNTOMA IGNORADO. *Soluciones multidisciplinarias*.
- IDDSI. (2016). *www.iddsi.org*.
- Marmouset, K. H. (2015). Fisiología de la deglución normal. *EMC - Otorrinolaringología*, 44(3).
- Ortíz. (2020). *Tratamiento nutricional en disfagia*. Departamento de Histología y Citología Normal y Patológica, Facultad de Medicina, Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla , Sevilla.
- Patiño, O. -D.-G. (2022). Sincronización entre la videodeglución y la electromiografía de superficie en pacientes con afectación neurológica y síntomas de disfagia. . *Biomédica* , 42(4).

Bibliografía

Peregrina, O. (2018). Cuestionario de adherencia para las adaptaciones dietéticas en disfagia. *Revista de Investigación en Logopedia*.

Rodriguez, V. G. (2018). *Disfagia orofaríngea: Actualización y manejo en poblaciones específicas*. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial., España.

Rosa, T. (2017). Tratamiento de la disfagia neurógena. *Sobre ruedas*, 96(1).

Suarez - Escudero, J. C. (2018). Disfagia y neurología: ¿ una unión indefectible? *Acta Neurológica Colombiana*, 34.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra:

1. Autor:

Apellido y Nombre:.....

Tipo y N° de Documento:.....

Teléfono/s:

E-mail:.....

Título obtenido:

2. Identificación de la Obra:

TÍTULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación):

.....

Fecha de defensa: ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 3.0 Unported.

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa".

Firma del Autor - Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso o página siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.



Grado de aceptación que perciben los familiares de pacientes con disfagia neurogénica sobre las recomendaciones brindadas por un profesional fonoaudiólogo/a en relación al momento de la ingesta y la adecuación de la consistencia de los alimentos.

1 Introducción

La disfagia es una alteración para la deglución de alimentos líquidos, sólidos y/o semisólidos. La dificultad se presenta en la transferencia del alimento desde la boca al estómago, pasando por la faringe y el esófago, observándose anomalías en uno o más de los mecanismos de los implicados. Por lo tanto, es necesario realizar una valoración del estado nutricional y de la capacidad del paciente para la deglución, y de ser necesario, modificar la dieta.

2 Objetivo

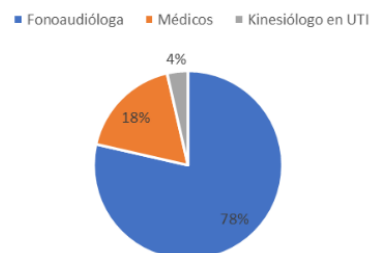
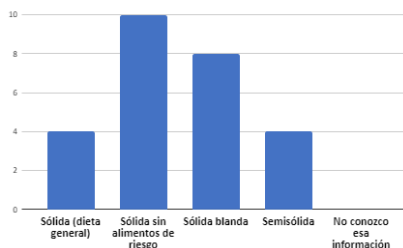
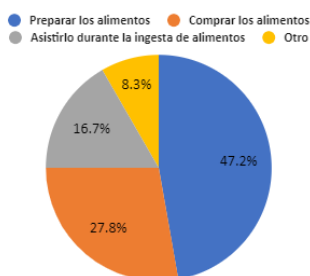
Indagar el grado de aceptación percibe la familia de un paciente/ pacientes con disfagia neurogénica sobre las recomendaciones brindadas por la fonoaudióloga en relación al momento de la ingesta y la adecuación de la consistencia de los alimentos en Mar del Plata en el 2024.

3 Materiales y métodos

Investigación es de tipo descriptiva y transversal. El diseño es no experimental. Se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia con muestra de 25 familiares.

4 Resultados

Los familiares desempeñan un papel crucial en la preparación de alimentos y han recibido amplias orientaciones. Estas mismas abarcan desde la selección adecuada de alimentos hasta técnicas para mejorar la ingesta. La mayoría de los encuestados encontraron fácil seguir estas indicaciones, destacando la adaptación de alimentos y la realización de los ejercicios. Refieren mejoras en la seguridad durante la alimentación y una actitud más positiva hacia la comida con el tratamiento, aunque algunos encuentran desafíos. Mencionan que los pacientes perciben positivamente el cambio en la alimentación.



6 Conclusión

Es fundamental el papel de los/as fonoaudiólogos/as en la educación sobre la disfagia. Se resalta la importancia de la adaptación de la dieta y la adherencia a las indicaciones recibidas.