



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

Facultad de ciencias de la salud
Escuela de fonoaudiología

PRESBIFAGIA Y CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS
MAYORES (PM) QUE ASISTEN A FUNDACIÓN JOVEN DE LA
COMUNA DE CERRO NAVIA DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE
CHILE EN MAYO DEL 2019

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIADA EN
FONOAUDILOGÍA

Valeria Andrea Andrades Maldonado
Macarena Loreto Quiroz Montalva
Zinnia Macarena Sepúlveda Rodríguez

PROFESORA GUÍA:
Flga. Daniela Alejandra Toloza Toledo

Santiago, Chile
2019

AUTORIZACIÓN PARA FINES ACADÉMICOS

AUTORIZACIÓN PARA LA REPRODUCCIÓN DE LA TESIS (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

a) Ninguna parte de este seminario de título puede reproducirse o transmitirse bajo ninguna forma o por ningún medio o procedimiento, sin permiso por escrito del(os) autor(es).

FECHA _____

FIRMA

DIRECCION

TELEFONO – E-MAIL

b) Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.

FECHA _____

FIRMA

DIRECCION

TELEFONO – E-MAIL

Agradecimientos

A nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado, por soportar nuestro estrés y cansancio, estando siempre para darnos una palabra de aliento para seguir adelante.

En memoria a Jessica Montalva Orellana y Noemi Moraga quien fue mi impulsora y pilar fundamental para llegar a estas instancias, su recuerdo me mantuvo de pie cuando quise rendirme.

A la Fonoaudióloga Daniela Tolosa Toledo, tutora de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia y su rectitud como docente, por aclarar cualquier tipo de duda que surgiera y por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de dicho proceso.

A los usuarios de la Fundación Joven de la comuna de Cerro Navia por su valioso aporte y disposición para llevar a cabo nuestra investigación.

Y finalmente, nuestro profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal de la Fundación Joven de Cerro Navia, por confiar en nosotras, abrirnos las puertas y permitirnos realizar todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
Justificación del problema de investigación	8
Aportes a la disciplina	9
MARCO TEÓRICO	10
Envejecimiento	10
Deglución	11
Etapas de la Deglución	12
Presbifagia	19
Presbifagia y Calidad de vida	23
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	26
OBJETIVOS	27
Objetivo general	27
1. 29	
Objetivos específicos	27
MARCO METODOLÓGICO	28
Población	28
Muestra	28
Criterios de inclusión	29
Criterios de exclusión	29
Obtención de datos	29
Escala de medición	29
Variables	30
Recolección de datos	32
Procedimientos de recolección de datos	32
Propuesta de análisis de Datos	33
RESULTADOS	34
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIÓN	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	50

RESUMEN

El envejecimiento trae como consecuencia una serie de modificaciones a nivel estructural y funcional, como, por ejemplo, alteraciones en el proceso de la deglución, lo cual se conoce como Presbifagia. Esta puede provocar alteraciones nutricionales, respiratorias y en la calidad de vida, entre otros.

El objetivo de la investigación es caracterizar la calidad de vida de cada PM con Presbifagia y cómo las distintas modificaciones anatomofuncionales que se generan a consecuencia del envejecimiento normotípico, interfieren en su participación en los diferentes contextos, ya sean, familiar, social y/o laboral. Además, se caracterizan aspectos psicoemocionales y cómo estas dificultades limitan su alimentación en las distintas esferas de esta.

En el presente estudio, se utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo no experimental de tipo transeccional; en el que se recolectó información por medio de la aplicación de anamnesis y del cuestionario Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL), traducido y adaptado por Toledo, Aguirre, Scaramelli, Baeza, Mella y Munita (SWAL- QOL) (2017). Posteriormente, se llevó a cabo la cuantificación de los resultados hallados mediante el análisis estadístico. La muestra es no probabilística seleccionada por conveniencia, con un grupo de 30 personas sobre 60 años, que presentaron diagnóstico de Presbifagia y fueron evaluados por Fonoaudiólogo/a en Fundación Joven de la comuna de Cerro Navia. Sin embargo, participó un total de 15 sujetos, debido a que este grupo cumplía con los criterios de inclusión.

Dicho lo anterior y partir de los datos recolectados, se encontró que, de las 15 Personas Mayores, 11 (73,33%) percibieron como “muy favorable” su calidad de vida frente a las dificultades de alimentación; 3 (20%) personas percibían una calidad de vida “favorable” y 1 (6,67%) personas indicaron percibir su calidad de vida como “regular”.

Palabras Claves: Calidad de vida, Presbifagia, cuestionario Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL).

ABSTRAC

Aging brings as consequence a series of changes at a structural and functional level, such as, for example, alterations in the process of swallowing, which is known as Presbyphagia. This can cause nutritional, respiratory and quality of life alterations, among others.

The objective of the study is characterizing the quality of life of each elderly with Presbyphagia and how these anatomical-functional modifications generated for normotypic aging, interfere in their participation in family, social and / or work environments. In addition, psycho-emotional aspects are characterized and how these difficulties limit their feeding in the different spheres of this aspect.

In the present study, we used a quantitative approach, of a non-experimental descriptive, transectional type; in which information was collected through the application of anamnesis and the questionnaire Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL), translated and adapted by Toledo, Aguirre, Scaramelli, Baeza, Mella & Munita (SWAL-QOL) (2017). Subsequently, the quantification of the results found through statistical analysis was carried out. The sample is non-probabilistic chosen by convenience, with a group of 30 people over 60 who presented a diagnosis of Presbyphagia evaluated by a Speech Therapist in Fundation young which is in Cerro Navia. A total of 15 subjects were part of, who satisfied the inclusion and exclusion criteria.

From the data collected, it was found that, of the 15 elderly people, 11 (73.33%) perceived their quality of life "very favorable" in the face of feeding difficulties; 3 (20%) people perceived a "favorable" quality of life and 1 (6.67%) indicated that they perceived their "regular" quality of life.

Key Words: Quality of life, Presbyphagia, SWAL-QOL questionnaire.

INTRODUCCIÓN

“El envejecimiento humano se define como el conjunto de modificaciones responsables de la alteración irreversible de células y órganos, de modo que se incrementa permanentemente la posibilidad de enfermedad o muerte”. (Mosquera, 2011, p. 919).

Por otra parte, constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades durante el transcurso del tiempo. Dentro de estos cambios biológicos se conoce que el envejecimiento implica, además, una serie de modificaciones morfológicas, fisiológicas y sensoriales que pueden generar cambios en la calidad de vida de las personas. (UNED, 2019).

Según cifras demográficas, “El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), entregó los primeros resultados definitivos del Censo 2017, donde reveló que en Chile los adultos mayores superan los 2 millones 800 mil personas equivalentes al 16,2% de los habitantes del país”. (SENAMA, 2017).

A nivel regional, la mayor cantidad de personas con 60 años o más corresponden a la Región Metropolitana con más de un millón, seguida de la Región del Biobío con un total de 352.637, mientras que la Región de Valparaíso se encuentra en la tercera ubicación con 342.035. Además, el estudio demuestra que el 16,5% de la población mayor corresponde a personas que superan los 80 años, por lo que será posible anticipar un escenario potencial de requerimientos de servicios más complejos, dada la mayor carga de enfermedad, discapacidad y dependencia. (SENAMA, 2017).

Respecto a la prevalencia según género, “se establece que el 55,7% de la población con 60 años o más corresponde a mujeres, mientras que el 44,3% a hombres”. (SENAMA, 2017).

Dadas las cifras demográficas que establece la evidencia respecto al aumento de la población adulta mayor chilena, es de suma importancia destacar

los cambios anatomofuncionales que pueden incidir en la calidad de vida, como son; la pérdida progresiva de fuerza y masa muscular, conocida como sarcopenia, síndrome caracterizado por la pérdida generalizada y progresiva de masa de músculo esquelético, que por otro lado, suele acompañarse de inactividad física, disminución de la movilidad, enlentecimiento de la marcha, reducción de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia. (UNED, 2019). A nivel sensorial, se genera una disminución de la percepción sensorial que forma parte del proceso del envejecimiento afectando a más del 50% de la población mayor de 65 años, dada la disminución de las funciones gustativas y olfativas principalmente. (UNED, 2019).

Actualmente, la prevalencia de trastornos que involucran alguna anomalía en la realización de la actividad deglutoria, son cada vez más usuales en la población adulta, siendo uno de los más frecuentes la disfagia (Tobar, Campos, Cansino, Díez de Medina y Fierro, 2016), entendiéndose como una alteración del proceso deglutorio en una o más de sus fases a consecuencia de alguna patología de base que explique la condición, generando así dificultades en el desplazamiento del alimento desde la cavidad oral hasta el estómago, provocando una serie de desórdenes mecánicos que afectan la seguridad, eficacia y calidad de vida de las personas.

Respecto al envejecimiento normotípico, también se encuentran dificultades en el proceso deglutorio, y que al ser propias de la persona mayor es denominada Presbifagia. Dicha alteración “corresponde a un compromiso de la deglución propia de la persona debido a la pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, de la fuerza, distensibilidad y coordinación muscular”. (Roa, 2014).

Sin embargo, todos estos cambios, independientemente de su origen, afectan de una forma u otra la fisiología de la nutrición y/o la alimentación. “La alimentación es una actividad trascendental para la sobrevivencia humana, cuya ejecución involucra una serie de aspectos socioemocionales, por lo que su indemnidad es un componente esencial para el bienestar psicológico de cada individuo”. (Tobar, et al., 2016, p. 2).

Todos aquellos aspectos anteriormente mencionados pueden provocar en el usuario un desmedro en su autoestima, en la comunicación y sobre todo en la calidad de vida, puesto que provocan aislamiento y ansiedad en el proceso de alimentación, pudiendo limitar la participación en los distintos contextos.

De otro modo, los cambios sociales que impulsan un envejecimiento positivo, como por ejemplo el impacto del ejercicio, que además de generar

cambios físicos y/o cognitivos; incide también en las emociones, el afecto y las relaciones sociales, y la salud en general.

Dada la evidencia científica obtenida, el propósito de esta investigación consiste en describir la calidad de vida de personas mayores con diagnóstico de Presbifagia que asisten a Fundación Joven de la comuna de Cerro Navia, siendo esta última el foco de atención del presente estudio.

Justificación del problema de investigación

A medida que la población envejece el cuerpo comienza a experimentar diversos cambios tanto físicos y sociales, así como también emocionales. En este contexto surge una de las enfermedades propias del adulto mayor y que cobra mayor importancia por los riesgos asociados que conlleva: La Presbifagia.

Esta dificultad corresponde a la alteración de la deglución (lo que comúnmente es llamado como “tragar”) propia de la persona mayor debido a la pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, de la fuerza y coordinación muscular.

Para la población adulta mayor, enfrentarse paulatinamente al proceso de envejecimiento se transforma en una experiencia altamente estresante y compleja, no solo por los cambios anteriormente mencionados, sino que también por el estigma social que se ha mantenido durante décadas. (Martínez, González, Castellón y González, 2018).

“Dentro de un contexto social, la calidad de vida de las personas adultas mayores se relaciona con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que permitan el autocuidado y participación en la vida familiar y social de manera plena”. (Blandón, Domínguez, Urresta & Chacón, 2016). Por tanto, si existen alteraciones en la alimentación, siendo un rol importante en la sociedad, se afectará evidentemente la calidad de vida de esta población.

Frente a dichas alteraciones propias de la tercera edad este estudio podría ser sustento de futuras líneas de investigación, dado que en Chile existen diferentes estudios que describen el impacto de estos cambios, en relación a pacientes institucionalizados con diagnóstico de Disfagia, no así, en pacientes con Presbifagia no institucionalizados, evidenciando así, escasa información respecto a la autopercepción de la población geriátrica y cómo estos cambios inciden en su rol social, entre otros aspectos, dificultando su calidad de vida.

Es por esto, que surge la necesidad del planteamiento de la pregunta de investigación, ¿Se evidencian dificultades en la calidad de vida de Personas no institucionalizadas con Presbifagia?

Por otro lado, esta investigación posee alcances principalmente exploratorios y descriptivos, buscando aportar a la comunidad datos concretos acerca de la autopercepción que tienen las PM con Presbifagia.

Aportes a la disciplina

Dentro de las proyecciones de la presente investigación, se espera generar conocimiento sobre el diagnóstico de Presbifagia y las consecuencias que pueden traer en la calidad de vida de las personas mayores, fomentando la detección precoz por parte del equipo multidisciplinar presente en dicha fundación y de la red familiar para un abordaje funcional e integral sobre el manejo de dichas alteraciones permitiendo evitar situaciones de riesgo en distintos contextos sociales a los que se enfrente.

Por otro lado, en Chile, los Fonoaudiólogos han estado incorporados laboralmente en instituciones de salud, desde la apertura de la carrera a nivel nacional; sin embargo, el rol que el profesional cumple en dicho sector no está declarado, lo que ha dificultado su vinculación laboral en el sector público, particularmente en atención primaria. (Vega, Torres y Del campo, 2017).

Dicho lo anterior, es de suma importancia la derivación a dicho profesional, dado que permitirá la detección temprana de los principales signos que se puedan generar, permitiendo así una intervención idónea en base a los aspectos clínicos asociados a las alteraciones propias de la deglución. Al mismo tiempo, el tratamiento será orientado a mejorar la actividad y participación de las personas. Dentro de los beneficios que generaría el Fonoaudiólogo/a frente a dicho diagnóstico, tiene estrecha relación con la educación principalmente a la red de apoyo familiar sobre las distintas modificaciones que puedan facilitar el proceso de alimentación en las personas mayores, como lo son los cambios en el tipo de comida, el ambiente dentro del cual se alimenta, cambios posturales, entre otros, pudiendo generar una deglución segura y eficaz; asegurando, valga la redundancia, una adecuada nutrición e hidratación de cada usuario, con el fin de que puedan ser partícipes en los distintos contextos familiares y psicosociales, ampliando la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de las personas mayores que asisten a Fundación Joven de Cerro Navia.

MARCO TEÓRICO

Envejecimiento

La población adulta mayor durante las últimas décadas ha ido en ascenso, tanto en países desarrollados como subdesarrollados, esto debido a los avances de la medicina que mejoran la calidad de vida y los progresos en el ámbito sanitario. Según la Organización de Naciones Unidas (2015) el envejecimiento es un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno. Se ha establecido por convención que este proceso comienza a los 60 años.

“Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de PM de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las PM, así como su participación social y su seguridad”. (Martínez, González, Castellón & González, 2018).

En el mundo, el país con más población envejecida es Canadá, “sin embargo, proyecciones de las Naciones Unidas indican que, en menos de una década, países como Cuba, Barbados y Francia superarán a Canadá”. (Martínez, González, Castellón & González, 2018). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, de 11 al 22%. Organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS enfatiza en la necesidad de que los gobiernos deben garantizar políticas que permitan a las PM seguir participando activamente en la sociedad, además de evitar las inequidades que con frecuencia sustentan la mala salud de estas personas.

Chile desde la década de los 80 se encuentra, junto con Argentina, Cuba y Uruguay, en una etapa avanzada de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, con natalidad y mortalidad moderadamente baja (destacando que el gobierno de Chile considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años). En 1992 un 8,9% de la población era mayor de 60 años. En el año 2002 el porcentaje subió a un 11,4% llegando a 1.717.478.

En el 2008 el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) estimó que corresponde a 2.074.934 de habitantes y según Morales & Villalón (1999), para el 2021, espera que la población mayor de 60 años alcance 3.303.000 de habitantes. Según la Segunda Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión del Adulto Mayor en Chile (2011), en el año 2050 estima que uno de cada cuatro habitantes será mayor de 60 años y durante los últimos 50 años, la esperanza de vida al nacer aumentará un 4,2% por década. (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012).

A consecuencia del paso del tiempo, las personas mayores evidencian un cierto declive cognitivo, cambios funcionales en los órganos de los sentidos y en las habilidades motoras. Los cambios sensoriales repercuten en el procesamiento de la información, en especial a nivel visual y auditivo. A esto se suma que al envejecer surgen cambios importantes que afectan al aparato digestivo y dentario en donde se evidencian cambios en la mucosa oral, el sistema músculo-articular que preside la masticación y la articulación del habla (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012). “Algunos estudios indican que los cambios en la deglución se deben principalmente por modificaciones en la dentición, salivación, pérdida del hueso alveolar, movimiento de vía oral débil, disminución de la sensibilidad, modificaciones en el patrón respiratorio y disminución del tono muscular del esfínter esofágico” (Blandón, Domínguez, Urresta & Chacón, 2016). Según lo mencionado, y de acuerdo al grado de afectación, estarán propensos a desarrollar alteraciones de la deglución propias del anciano conocido como Presbifagia.

Deglución

Entendemos como deglución a “la actividad de transportar sustancias de diferentes consistencias (sólida, líquida) desde la boca hacia el estómago. Este mecanismo se logra gracias a fuerzas, movimientos y presiones dentro del complejo orofaringolaríngeo”. (Cámpora y Falduti, 2014, p14).

Por otro lado, es sabido que la deglución puede desencadenarse de forma voluntaria, no obstante, puede ocurrir sin compromiso de la conciencia: por ejemplo, la deglución de saliva entre las comidas o durante el sueño, que es regulado principalmente por el tronco encefálico, en cambio la deglución consciente es iniciada en la corteza cerebral y regulada por mecanismos subcorticales. Estas estructuras deben garantizar una precisa activación secuencial de los músculos involucrados (Cámpora y Falduti, 2014, p27).

“El proceso requiere de una serie de contracciones musculares independientes y coordinadas que ponen en juego seis pares craneales, cuatro nervios cervicales y más de treinta pares de músculos a nivel bucofonador” (Cámpora y Falduti, 2014, p3). Todas las fases de la deglución son reguladas por procesos neurológicos implicados en el control y regulación de los diferentes grupos musculares que participan en el acto deglutorio. Esta compleja actividad neuromuscular depende de un grupo de conductas fisiológicas controladas por la actividad del sistema nervioso central y periférico, lo cual desencadena el reflejo deglutorio (Lugaro; Ríos; Lauria; Jimenez; Benito Mori & Schoon, 2017).

Dicho proceso es ordenado mediante etapas que se dividen en anticipatoria oral, oral preparatoria, oral, faríngea y esofágica. La progresión del bolo alimenticio en los diferentes momentos deglutorios funciona de manera coordinada, segura y eficaz, ya que presenta un sistema valvular de apertura y cierre ubicado dentro del tracto deglutorio. Estas válvulas permiten el transporte del bolo de una etapa a la otra y que su recorrido sea orientado desde la boca al estómago (Cámpora y Falduti, 2014).

Etapas de la Deglución

- **Fase anticipatoria**

Esta consiste en la regulación de la cantidad y duración de cada comida donde intervienen factores como el olfato, gusto, el placer descrito como hedonismo y temperatura del alimento y factores que varían según las vivencias gustativas adquiridas durante el curso de la vida, lo que se consideran innatas y modificables a través del tiempo concordante al ambiente en que se desenvuelva, esta fase determina el: deseo, repulsión, activación de las glándulas salivales y activa esquemas motores de ingestión diferenciados, cuali/cuantitativamente, es decir, se produce antes de que el alimento ingrese a la cavidad oral. (Tobar, Campos, Cansino, Diez de Medina y Fierro, 2016).

- **Fase preparatoria oral**

“Es la fase en la que el alimento es preparado, siendo molido y masticado para que pueda ser transformado en un bolo homogéneo que facilite la deglución”. (Jofré, Lizama, Luchsinger, Vasquez y Yalul, 2015). Esta etapa es voluntaria de duración variable, dependiendo de las consistencias de alimentos a ingerir. Inicia con la adecuada actividad muscular lingual y mandibular que

permitirá un sellado óptimo del esfínter bucal como velar (1ª válvula), para contener el alimento dentro de la cavidad oral mientras se procesa el bolo alimenticio. (Tobar, Campos, Cancino, Diez de Medina y Fierro, 2016).

Además, se requiere que la musculatura labial esté intacta para asegurar un adecuado cierre labial, previniendo que el alimento escape de la boca, movimientos linguales intactos para el movimiento del bolo en dirección hacia posterior, musculatura labial apropiada para asegurarse de que la comida no escurra por los surcos laterales de la cavidad oral, musculatura palatal normal, respiración de tipo nasal durante el proceso deglutorio. (Tobar, Campos, Cancino, Diez de Medina y Fierro, 2016).

- **Fase oral**

Etapa voluntaria que dura aproximadamente un segundo. Una vez creado el bolo se produce el ascenso de la lengua que toma contacto con el paladar duro y comienza el transporte del bolo hacia la parte posterior de la cavidad oral (Velo lingual, 2da válvula). De esta forma el alimento es trasladado hasta la entrada de la faringe o istmo de las fauces (Tobar, Campos, Cancino, Diez de Medina y Fierro, 2016).

- **Fase Faríngea**

Al llegar el alimento a los pilares anteriores del istmo de las fauces se desencadena el reflejo deglutorio. Esta fase “involucra la acción de los nervios craneales V, X, XI y XII, compromete la acción de 29 pares de músculos y dispone de un tiempo” (Minsal, 2015). Es involuntaria y dura entre 1 y 1,5 segundos independiente de la consistencia del bolo. Iniciado el reflejo disparador deglutorio, el velo del paladar asciende (3ra válvula) y se produce el cierre nasofaríngeo.

Primero la lengua se posterioriza por acción del músculo estilogloso y se eleva hacia el paladar blando por acción del músculo palatogloso. Los músculos 12 suprahióideos hacen que la laringe ascienda, la mandíbula descienda. Luego ocurre el cierre velofaríngeo, que junto con la peristalsis faríngea (movimiento de contracción involuntario de los músculos faríngeos) propician el cierre de la nasofaringe y un desplazamiento correcto mayor.

(Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012).

Son tres los principales mecanismos que impiden que el alimento o el agua pasen a la vía aérea, estos son: el posicionamiento de la epiglotis, la elevación

de la laringe y el cierre de cuerdas y pliegues vocales (4ta válvula). En caso de que los mecanismos principales fallen, se activan las bandas ventriculares y cuerdas vocales para impedir el paso del alimento a la vía aérea inferior, ocasionando el engrosamiento muscular de las fibras musculares inferiores denominado el esfínter esofágico superior. Su función es evitar una posible aspiración y proteger la vía respiratoria del cuerpo extraño, cuando el bolo se anticipa a esta región el ESS inhibe su contracción y se relaja.

(Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012).

- **Fase esofágica**

“Se trata de la última fase del proceso deglutorio e involucra movimientos peristálticos involuntarios de las paredes esofágicas, que permiten el desplazamiento del contenido oral desde el esófago hasta el estómago”. (Tobar, Campos, Cansino, Diez de Medina y Fierro, 2016).

Si bien las funciones de ciertos núcleos hipotalámicos resultan bien conocidas, esto no se cumple en otros casos. Por ello, algunos investigadores sugieren no dividir al hipotálamo en centros específicos sino en áreas funcionales: hipotálamo caudolateral, que entre otras funciones produce la sensación de hambre, y el hipotálamo rostromedial, en el cual se encuentra el centro de la saciedad clásicamente descrito. (Cámpora y Falduti, 2014, p28).

Se debe destacar que las conexiones entre hambre, saciedad, gusto y olfato son importantes, dado que aseguran las modificaciones conductuales para conseguir alimento y porque las áreas cerebrales que manejan dichas funciones participan en la preparación motora del acto deglutorio.

La complejidad y la necesidad de coordinación precisa hacen que no constituyan actos motores aislados, es por esto que son regulados por diferentes zonas del encéfalo que muestran actividad durante el acto de deglución, describir dichas zonas facilitará la identificación de las posibles regiones del cerebro que controlan este proceso (Cámpora y Falduti, 2014).

Control neural de la deglución

- **Control cortical**

El control cortical de la deglución es regulado por una compleja red funcional como se describe a continuación. “Para el inicio voluntario de la deglución resultan indispensables la información sensorial de las características del bolo alimenticio y el disparo estimulador cortical hacia los músculos de la lengua y el piso de la boca”. (Campora y Falduti, 2014, p 29).

Este requerimiento no es necesario cuando la deglución ocurre inconscientemente, ya que es regulado por el GSP del tronco encefálico. Por ejemplo, una vez comenzado el proceso deglutorio, la fase faríngea puede ser modificada por estímulos corticales hacia el tronco cerebral. (Campora y Falduti, 2014, p 29).

“Se describen cinco grupos funcionales formados a su vez por distintas estructuras. Estos grupos, y sus interrelaciones funcionales, son los encargados del control cortical de la deglución” (Campora y Falduti, 2014, p 29):

- **Corteza motora primaria, corteza sensitiva primaria y suplementaria y circunvolución del cíngulo**

La función que llevan a cabo es la de “planear y ejecutar el acto voluntario de la deglución utilizando información previamente almacenada e información sensitiva”. (Cámpora y Falduti, 2014, p 29).

- **Circunvolución frontal inferior, corteza sensitiva secundaria, núcleos de la base y tálamo**

“Actúa como integrador sensitivo al comparar la información proveniente del bolo alimenticio en formación e información propioceptiva originada en el proceso de masticación”. (Cámpora y Falduti, 2014, p 29).

- **Corteza premotora y corteza parietal posterior**

“Colabora con la corteza motora primaria, corteza sensitiva primaria y suplementaria, circunvolución del cíngulo, en el planeamiento e implementación de actos motores”. (Cámpora y Falduti, 2014, p 29).

- **Cerebelo**

“Coordina el acto motor final. Sincroniza las aferencias sensitivas con las eferencias motoras. Regula el tono de los músculos involucrados”. (Cámpora y Falduti, 2014, p 29).

- **Ínsula**

Encargada de coordinar los movimientos en el proceso de la deglución.

En resumen, las cortezas motoras planean el acto deglutorio en base a actos motores previamente aprendidos y de aferencias sensitivas del bolo en formación y de los músculos de la masticación. Las áreas subcorticales modifican y regulan el acto motor para hacerlo preciso. Una vez finalizado el proceso, la información desciende hasta los núcleos del tronco cerebral donde la información será enviada a los músculos ejecutores por medio del control generador del patrón deglutorio (Cámpora y Falduti, 2014, p 30).

- **Tronco Cerebral**

A nivel de tronco cerebral toda la información sensorial involucrada en el inicio y facilitación de la deglución converge en el tracto solitario y termina en el núcleo del mismo nombre (NTS). “El NTS no sólo recibe aferencias de los receptores orofaríngeos (mecánicos, térmicos y químicos), sino que recibe asimismo fibras descendentes de la corteza y centros subcorticales los que determinan respectivamente el inicio reflejo y voluntario de la deglución”. (González y Bevilacqua, 2009). Una vez que la deglución es activada, los movimientos secuenciales de la deglución no varían de manera significativa, todo esto por la existencia de un centro generador del patrón deglutorio (GCP), que se hallaría en la formación reticular adyacente al NTS y al núcleo ambiguo del bulbo raquídeo (Cámpora y Falduti, 2014).

El necesario patrón de activación e inhibición secuencial de los músculos deglutorios es asegurado por una red neuronal ubicada en el tronco encefálico que está compuesto por:

- Aferencias periféricas y aferencias centrales reguladoras
- Eferencias motoras hacia los músculos deglutorios

- Un centro organizador de interneuronas premotoras donde hacen sinapsis las aferencias y eferencias antes mencionadas. (Cámpora y Falduti, 2014, p 50).

El centro organizador está constituido por el NTS, la formación reticular adyacente y la formación reticular ubicada ventrolateralmente al núcleo ambiguo, dividiéndose en un grupo dorsal conformado por el NTS, y un grupo ventral, compuesto por la formación reticular situada ventrolateral al núcleo ambiguo (Cámpora y Falduti, 2014, p51). “El grupo dorsal es generador del patrón deglutorio secuencial con base en las aferencias recibidas de los niveles periféricos y centrales, en cambio el grupo ventral sería el encargado de recibir dicha información para luego distribuirla adecuadamente entre las neuronas motoras de los nervios craneales intervinientes”. (Cámpora y Falduti, 2014, p51).

Nervios Craneales

Los nervios craneales son nervios periféricos que tienen sus núcleos en el tronco cerebral, a excepción del olfatorio y óptico. Tales nervios se encargan de enviar información motora, sensitiva y parasimpática desde estructuras de la cabeza y cuello desde y hacia el sistema nervioso central. En relación a lo antes expuesto siete nervios craneales actúan directamente en la deglución, estos son:

- **Olfatorio (I)**

Dicho par craneal tiene participación indirectamente en preparar al cerebro para el acto deglutorio. (Cámpora y Falduti, 2014, p 32).

- **Trigémino (V)**

Nervio fundamental ya que envía información sensitiva general de la cara y los dos tercios anteriores de la lengua, además se encuentra el núcleo motor, cuyos axones inervan a los músculos de la masticación y del tensor del velo del paladar. (Cámpora y Falduti, 2014, p 32).

- **Glossofaríngeo (IX)**

“Por medio del núcleo ambiguo ubicado en la unión bulbo-protuberancial, envía información motriz al músculo estilofaríngeo” (Cámpora y Falduti, 2014, p 32), mediante sus ramas envía información gustativa del tercio posterior de la

lengua al núcleo del tracto solitario, recoge el mensaje sensitivo del tercio posterior de la lengua y la mucosa faríngea y la dirige al núcleo sensitivo del trigémino.

- **Facial (XII)**

Es un nervio principalmente motor se encarga de inervar los músculos de la mímica, entre estos se encuentra el buccinador que mantiene el bolo alimenticio entre las superficies oclusales de los molares al masticar y el orbicular de los labios que actúa como esfínter de la boca, ambos músculos son fundamentales durante la masticación. Además, el nervio facial inerva sensitivamente los dos tercios anteriores de la lengua y transporta dicha información al NTC localizado en la unión bulboprotuberancial (Cámpora y Falduti, 2014, p 32).

- **Vago(X)**

Este par craneal llevan información motora a los músculos constrictores de la faringe y de la laringe., Brinda la aferencia del gusto de la base de la lengua por medio de fibras que finalizan en el NTS. Transporta sensibilidad general de la faringe siendo su rama laríngea superior la que se encarga de la inervación sensitiva de gran parte de esta y se le propone como disparador de un reflejo que produce cierre cordal durante la deglución y laringe hacia el núcleo sensitivo del trigémino (Cámpora y Falduti, 2014, p 32).

- **Espinal(XI)**

Es un nervio puramente motor. Se encarga de la inervación motora de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio. Provee inervación a músculos del paladar blando (elevador del velo del paladar, palatogloso, palatofaríngeo y músculo de la úvula) y faringe, a través de la rama que se une al plexo faríngeo (nervio IX, X, XII y fibras simpáticas cervicales) (Cámpora y Falduti, 2014, p 33).

- **Hipogloso(XII)**

“Es un nervio motor puro. Posee un núcleo propio situado en el bulbo raquídeo y es el encargado de la inervación motriz de los músculos intrínsecos de la lengua, estilogloso, geniogloso y hiogloso”. (Cámpora y Falduti, 2014, p 33).

Al no existir un correcto equilibrio entre las estructuras que participan en el proceso deglutorio, además de la falta de integridad sensorial, muscular o estructural del complejo orofaringolaríngeo, sumado a una falta de coordinación, sincronía y eficacia, agregando un compromiso neurológico central en cualquiera de las áreas implicadas en su control, así como también por una patología psiquiátrica, darán lugar a una alteración de la deglución conocida como disfagia. (Tobar, Campos, Cancino, Diez de Medina y Fierro, 2016). Por lo tanto, esta se define como “la dificultad o molestia en el transporte de saliva y del bolo alimenticio en sus estados líquido o sólido desde la boca hacia el estómago”. (Cámpora y Falduti, 2014, p 47). Dicha alteración puede ocurrir a cualquier edad, ocasionando distintas complicaciones, tales como: desnutrición, deshidratación o trastornos respiratorios, como, por ejemplo: la neumonía aspirativa y obstrucción de la vía aérea superior por penetración de material sólido (Cámpora y Falduti, 2014). En diversas situaciones las etapas deglutorias son más lentas, o con menor fuerza para la propulsión del bolo alimenticio, alterando la coordinación necesaria para el proceso deglutorio normal.

En cuanto a lo abordado con anterioridad, una alteración de la deglución ocasiona distintas complicaciones de todas las estructuras intervinientes en el proceso deglutorio, la falta de coordinación de las estructuras implicadas impedirá lograr una deglución precisa y segura al momento de alimentarse. Este proceso, producto a los cambios relacionados con la edad, ocasionarán dificultades deglutorias propias del anciano, denominándose Presbifagia.

Presbifagia

El envejecimiento es un proceso biológico que conduce al deterioro funcional con la edad, y es influido por factores ambientales y genéticos propios de cada sujeto. A medida que la persona mayor envejece las estructuras del organismo van perdiendo movilidad y fuerza muscular, debido a la fibrosis ligamentosa, osificación de los cartílagos de la laringe, rigidez articular y la disminución del tono y elasticidad. (Cámpora y Falduti, 2014).

“Se sabe que al envejecer las funciones sensorio-motoras en general comienzan a deteriorarse, junto con la disminución de las velocidades reflejas y de las percepciones sensoriales. En cuanto a la musculatura, el tamaño de la unidad motora se reduce considerablemente, por eso la deglución pierde su eficacia”. (Cocemfecyl, 2017). Es así que “a medida que envejecemos nuestro cuerpo comienza a experimentar diversos cambios físicos y en este contexto

surge una de las enfermedades propias del adulto mayor y que cobra mayor importancia por los riesgos asociados que conlleva: La Presbifagia”. (Roa, 2014).

La Presbifagia “corresponde a un compromiso de la deglución propia del anciano debido a la pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, de la fuerza, distensibilidad y coordinación muscular”. (Roa, 2014).

“En la población de la tercera edad se sufren cambios en el sistema sensitivo motor oral, como, por ejemplo: Inadecuaciones de la fase oral, faríngea y esofágica de la deglución y una deglución menos eficiente”. (Cocemfecyl, 2017).

Dada esta pérdida generalizada de masa muscular y disminución de la movilidad se van a generar dificultades significativas en el proceso de la alimentación, ocasionando un enlentecimiento en el desencadenamiento del reflejo deglutorio, al igual que en la formación del bolo alimenticio, cierre nasofaríngeo, elevación laríngea, cierre glótico, apertura del segmento faringoesofágico y disminución de la eficiencia de la masticación.

Por tanto, dentro de los cambios orgánicos y fisiológicos que llegan afectar a la deglución en las personas de edad avanzada se encuentran: el adelgazamiento de la mucosa oral, la atrofia del tejido adiposo que genera cambios morfológicos de la cara, atrofia de las glándulas salivales lo que disminuye el flujo salival (xerostomía) y edentulismo (Logopedia y algo más, 2015).

Dichos cambios varían dependiendo de las etapas de la deglución, descritas a continuación:

- **Etapas Anticipatorias**

Esta etapa se caracteriza principalmente con la disminución de la regulación de la cantidad y duración de cada comida, donde intervienen factores como el olfato, gusto y el placer. Disminuye la eficiencia de la masticación los que pueden agravarse por debilidad y/o pérdida dentaria.

- **Etapas preparatorias orales**

En la fase de preparación del bolo puede ocurrir que haya un incremento de su tiempo de duración, una degradación en la calidad del formado, alteración se agravan por enfermedades asociadas o a la medicación que reciben.

Los cambios ocurren en general por la “pérdida de fuerza muscular, los músculos voluntarios que participan en la masticación presentan cambios, lo que genera una disminución en la fuerza como también el deterioro del movimiento lingual” (García, Del Campo, Peña, Segura, González y Medina, 2015). “El deterioro de la lengua, que es un conjunto de músculos, afecta particularmente a la deglución debido a su importante participación. Los músculos masticatorios también influyen en el detrimento deglutorio (Schindler & Kelly, 2002)”. (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012).

Varios estudios concuerdan que la lengua desempeña una función crítica en las fuerzas propulsivas para el movimiento de la comida, líquido y secreciones a través de la fase orofaríngea de la deglución.

En un estudio de Mioche, Bourdiol, Monier, Martin y Cormier (2004), se registró la actividad muscular durante la masticación en sujetos jóvenes y en sujetos de edad avanzada. De este registro se obtuvo que en este segundo grupo existe una actividad muscular mucho más débil que en sujetos jóvenes, por lo que la velocidad de movimiento de la mandíbula y la fuerza máxima de mordida disminuye considerablemente con la edad. (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012).

Dichos autores plantean que los sujetos de edad avanzada pueden compensar de manera parcial la eficiencia masticatoria a través de un aumento de la duración de la masticación. El estudio afirma que las personas mayores sanas el aumento de duración de la masticación es más evidente que la disminución de la actividad muscular (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012).

Otros cambios que se producen en esta etapa tienen relación con la capacidad sensorial gustativa. Es así como en un estudio realizado por Velasco-Rodríguez, Del Toro-Equihua, Mora Brambila, Olmedo, Delgado de la Cruz & Cobián-Castellanos el año 2008, se demostró que los adultos mayores poseen umbrales gustativos significativamente mayores respecto a individuos jóvenes para todos los sabores básicos a excepción del sabor

ácido.

(Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012).

- **Etapa Oral**

Esta etapa se caracteriza por presentar compromisos en los aspectos de preparación y propulsión del bolo alimenticio, lo que puede ocasionar penetración pre-deglutoria.

De acuerdo a Schindler & Kelly (2002) los cambios en la fase oral tienen que ver principalmente con la dificultad al desplazar y formar el bolo alimenticio. Sin embargo, en esta etapa los síntomas son más bien silenciosos debido a que existen compensaciones de tipo físicas, como masticar más lento y también compensaciones externas, como cambiar la consistencia de los alimentos. (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012).

En esta etapa es característico que se presente una disminución en la propulsión del bolo, debido a los reducidos movimientos anteroposterior de la lengua, un déficit en el cierre del velo lingual, el aumento del tiempo de inicio deglutorio, alteraciones salivales y dentarias y una disminución de la fuerza muscular que dificultaron el transporte del bolo alimenticio pudiendo ocasionar aspiraciones (Cámpora y Falduti, 2014).

- **Etapa Faríngea**

En esta etapa puede producirse en las personas mayores que sobrepasan los sesenta años un retraso en el reflejo disparador deglutorio, lo cual puede provocar una caída prematura con estasis en valléculas y recesos faríngeos. También pueden experimentar una reducción del peristaltismo faríngeo y residuos en senos piriformes y faríngeos (Cámpora y Falduti, 2014).

Los adultos mayores con debilidad de la musculatura suprahióidea presentan “una elevación laríngea e hioidea insuficiente” (García, Del Campo, Peña, Segura, González, y Medina, 2015), realizando múltiples movimientos del hueso hioides, lo que genera la denominada deglución fraccionada. En este sentido los ancianos requieren varias degluciones para trasladar el bolo alimenticio por la faringe (Logopedia y algo más, 2015). La disminución del

ascenso laríngeo ocasiona que el músculo cricofaríngeo no presente una correcta tracción radial. Sumado a esto las personas de edad avanzada utilizan un patrón respiratorio característico en el momento de la deglución, siendo la inspiración-apnea-inspiración el más común, esto hace que aumente el riesgo de penetración o aspiración si hay residuos vasculares (Cámpora y Falduti, 2014).

A modo de síntesis los compromisos de la etapa faríngea son: Retardo del reflejo deglutorio, disminución de la elevación laríngea, deglución fraccionada, déficit del cierre glótico, inspiración pos apnea, disminución del peristaltismo faríngeo, alteraciones del esfínter esofágico superior y aumento del tránsito faríngeo (Cámpora y Falduti, 2014, p.67).

- **Etapa esofágica**

Se trata de la última etapa del proceso deglutorio que consiste en movimientos peristálticos involuntarios de las paredes esofágicas (Tobar, Campos, Cancino, Diez de Medina y Fierro, 2016).

Debido al envejecimiento tal función dificulta el vaciamiento debido a que el peristaltismo se encuentra disminuido entorpeciendo el trayecto del bolo alimenticio desde el esófago hasta el estómago (Cámpora y Falduti, 2014, p. 67). Por tanto, las alteraciones de la etapa esofágica en individuos de edad avanzada son, por ejemplo: disminución del peristaltismo esofágico, reflujo gastroesofágico y el cierre incompleto del esfínter esofágico superior (ESS).

En conclusión, el adulto mayor se ve limitado en la ingesta de alimentos, dado que tales alteraciones anatómicas, musculares y del sistema nervioso central y periférico, interfieren en la vida familiar y social, por lo que limitará su participación en ella, debido a que la alimentación cumple un rol importante en la sociedad. En este sentido las alteraciones en la deglución afectarán evidentemente su calidad de vida, puesto que provocan aislamiento y ansiedad a la hora de comer.

Presbifagia y Calidad de vida

La organización mundial de la salud (2017), define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y también en el sistema de valores en el que vive para lograr sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

En las PM se relaciona con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que permitan el autocuidado y participación en la vida familiar y social de manera plena, lo que es un factor limitante en el desarrollo de las personas en especial en la adultez mayor, debido a que van acompañados del deterioro de otras condiciones sociales y biológicas (Cannobbio & Jeri, 2008).

Con ello, se presentan problemas para formar y cohesionar el bolo alimenticio debido a los cambios que conlleva el envejecer, dado a que se altera la anatomía y función de la cavidad oral, faríngea y esofágica que provoca a nivel general una reducción de la fuerza de masticación, pérdida de piezas dentarias (a causa de las modificaciones anatomofisiológicas y el trastorno de la adaptación a las prótesis, que pueden ocasionar las dentaduras mal adaptadas) y aumento del tejido conectivo de la lengua. Por lo que, la persona tiende a separar de su dieta alimentos que requieran del acto de masticar, si a esto se suma la falta de piezas dentarias y desajuste de las prótesis dentales, la masticación se hace muy dificultosa. (Méndez, 2015).

Todos estos aspectos hacen que se limite el tipo de dieta oral; el problema surge cuando las alteraciones son muy notorias y las personas presentan pérdida de peso (malnutrición), inseguridad para comer, hablar e incluso reír. “Los hábitos alimenticios utilizados a partir de ese momento pueden pasar generalmente desapercibidos para los familiares, ya que lo interpretan como nuevas costumbres o llamados de atención”. (Méndez, 2015, p.17).

En este contexto, unas de las alteraciones biológicas propias de la edad y que cobra mayor importancia dadas las limitaciones que conlleva, es la antes mencionada Presbifagia, que también es entendida como “una serie de estrategias compensatorias auto aprendidas que enmascaran la fisiología normal de la deglución y que debilitan el reflejo deglutorio a medida que envejecemos”. (Méndez, 2015, p.15). De manera que Méndez (2015) explica que la Presbifagia está “determinada por varios factores, entre ellos, el propio envejecimiento que, es la causa de un deterioro poco conocido de la fisiología orofaríngea”. (p.15). Como resultado se da que en muchas ocasiones los

adultos mayores optan por reducir la cantidad y tipo de alimentos que consumen por las dificultades que presentan al deglutir a consecuencia de múltiples factores anatomofuncionales y emocionales que genera dicha alteración.

Por lo cual, el presentar Presbifagia puede aumentar el riesgo de aspiración; tal riesgo se incrementará con el pasar de los años y en la cual requerirá actos de mayor cuidado. Estos cambios pueden exponer a las personas a reducir su participación en la vida social o actividades de ocio, experimentar ansiedad, aislamiento social, evitar comer, poniendo en riesgo de deshidratación y malnutrición, e incluso padecer de depresión y de esta manera verse limitada su participación en los distintos contextos que se desenvuelva perdiendo así la capacidad de dependencia para poder cumplir en las actividades y tarea básicas de la vida diaria.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Se evidencian dificultades en la calidad de vida de Personas no institucionalizadas con Presbifagia?

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Describir la calidad de vida de Personas con Presbifagia.

Objetivos específicos

- 1.1. Identificar las características de sobrecarga de las personas con Presbifagia.
- 1.2. Identificar las características de duración del proceso deglutorio de las personas con Presbifagia.
- 1.3. Identificar las características de deseo de comer de las personas con Presbifagia.
- 1.4. Identificar las características sintomatológicas de las personas con Presbifagia.
- 1.5. Identificar las características respecto a la selección de alimentos de las personas con Presbifagia.
- 1.6. Identificar las características comunicativas en personas con Presbifagia.
- 1.7. Identificar los miedos que presentan las personas con Presbifagia.
- 1.8. Identificar las características psicoemocionales en personas con Presbifagia.
- 1.9. Identificar las características sociales que interfieren en la participación de las personas con Presbifagia.
- 1.10. Identificar las características de fatigabilidad en personas con Presbifagia.
- 1.11. Identificar las características del sueño en personas con Presbifagia.

MARCO METODOLÓGICO

En el presente estudio, se utilizará un enfoque cuantitativo, dado que se basa en el levantamiento de información numérica para su manejo estadístico, de tipo descriptivo, ya que se describirán, valga la redundancia, las características que afectan la calidad de vida de las personas con diagnóstico de Presbifagia. López (2002), sostiene que un estudio descriptivo busca especificar las propiedades importantes de sujetos, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, es decir, miden o evalúan diversos aspectos, componentes o dimensiones de fenómenos a investigar.

El diseño del estudio es no experimental este se define como “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (Sampieri, Collado y Lucio, 2014, p.152), de tipo transeccional lo que significa que el investigador recolecta los datos en un solo momento del tiempo para cada sujeto perteneciente a uno o más grupos (López, 2002). No obstante, el cuestionario que se utilizará para dicho estudio será aplicado una vez, en un tiempo determinado.

Población

Personas de 60 años y más que asisten a Fundación Joven de la comuna de Cerro Navia de la ciudad de Santiago de Chile, en el periodo comprendido del mes de mayo del año 2019.

Muestra

Corresponde a una muestra no probabilística por conveniencia, en la cual es definida por un grupo de 30 personas sobre 60 años de edad y más, de ambos sexos, que asisten a Fundación Joven de la comuna de Cerro Navia de la ciudad de Santiago de Chile, que presenten Presbifagia sin patologías de base que expliquen su condición y/o que hayan sido evaluados por Fonoaudiólogos con dicho diagnóstico.

La muestra será determinada por los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Personas de 60 años o más que presenten diagnóstico de Presbifagia, que asisten a Fundación Joven de la comuna de Cerro Navia de la ciudad de Santiago de Chile.
- Personas mayores que hayan sido evaluados y diagnosticados por Fonoaudiólogos/as u otro profesional competente en el área de la deglución.
- Personas que cumplan con lo antes mencionado, que deseen participar del estudio y acepten las condiciones establecidas a través de un consentimiento informado otorgado por la escuela de Fonoaudiología de la Universidad Católica Silva Henríquez (UCSH).

Criterios de exclusión

- Personas Mayores que presenten alteraciones neurológicas, neuromusculares, neuropsiquiátricas, neurodegenerativas y anatomofisiológicas que alteren los resultados de la pauta de autopercepción (SWAL-QOL).

Obtención de datos

Mediante revisión exhaustiva de fichas clínicas, instrumento de autopercepción de la calidad de vida Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL) en personas con disfagia.

Escala de medición

Los diferentes datos que se obtendrán serán medidos mediante escala de tipo ordinal, ya que permite jerarquizar u ordenar diferentes categorías que puede resultar de evaluar uno o más atributos. (Sampieri, Collado y Lucio, 2014, p.215).

En relación a los resultados, se representarán con la información recogida del cuestionario SWAL-QOL que será utilizado para el análisis, tablas de frecuencias para la caracterización de la muestra y diagrama de barra para las

comparaciones realizadas, los cuales facilitaran la interpretación de la información obtenida y la formulación de conclusiones acerca de la investigación.

Variables

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Calidad de vida.	Cuantitativa a ordinal.	La organización mundial de la salud (OMS), define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.	Las escalas que se utilizarán para medir la calidad de vida frente a las dificultades para deglutir son las siguientes: 1. Sobrecarga. 2. Duración 3. Deseo. 4. Síntomas. 5. Selección. 6. Comunicación. 7. Miedo. 8. Salud mental. 9. Social. 10. Fatiga. 11. Sueño.	Frecuencia con la que ha experimentado o los síntomas descritos por cada escala: - Siempre - La mayoría de las veces. - Algunas veces. - Nunca. * Donde el 100% corresponde a la condición más favorable de calidad de vida y 0% la menos favorable.
Edad	Cuantitativa discreta.	La Real Academia Española (RAE) define edad como el Tiempo que ha vivido	En contexto de estudio, personas de 60 años y más.	Cédula de identidad.

		una persona o ciertos animales o vegetales.		
--	--	------------------------------------------------------	--	--

Instrumento de medición o recolección de datos

Instrumento de medición Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL)

El cuestionario SWAL-QOL está compuesto por 44 ítems que exploran diferentes dominios afectados en una disfagia. Estos ítems están agrupados en 10 escalas relacionadas con estilo de vida (30 ítems). Adicionalmente, contiene una escala de síntomas consistentes en 14 ítems agrupados en una pregunta. Las 10 escalas corresponden a: sobrecarga o dificultad general al comer (2 ítems), selección de la comida (2), duración de la alimentación (2), deseo de alimentación (3), miedo a la alimentación (4), sueño (2), fatiga (3), comunicación (2), salud mental (5) e impacto social (5) que produce la alteración de la alimentación en la vida de los pacientes. (Ver Anexo 1)

Los ítems se califican en relación a la frecuencia de presentación de los síntomas con un puntaje de 1 a 5. El puntaje 1 se otorga para la peor condición de calidad de vida que corresponde al hecho de que el ítem refiere ser presentado “siempre”. En cambio, el puntaje 5 alude a la mejor condición de calidad de vida en la cual el ítem preguntado no se presenta “nunca”.

Los sujetos responden sobre la frecuencia con que ocurre cada pregunta de cada dominio por medio de Escala de Likert (1: siempre, 2: la mayoría de las veces, 3: algunas veces, 4: muy pocas veces o 5: nunca), donde las puntuaciones en la medida en que decrecen se relacionan con una peor percepción de calidad de vida en la alimentación.

En relación a la confiabilidad del estudio para su validación, realizado por Lilian Toledo, et al (2017) a diez personas con disfagia a consecuencia de un accidente cerebrovascular, arrojó que los valores de consistencia interna para todas las escalas son buenos, con coeficientes de α de Cronbach entre 0.71 y 0.90. Para evaluar la consistencia interna de las escalas, se calculó el coeficiente α de Cronbach y se consideraron los valores superiores a 0.7 como satisfactorios.

Por otro lado, Los valores de consistencia interna observados resultaron adecuados a pesar del bajo tamaño muestral y la baja cantidad de ítems de algunas escalas. En general, los coeficientes son similares a los reportados en la versión original del instrumento (McHorney et al., 2002). (PP. 1-5).

Recolección de datos

Se recolectaron los datos por medio de anamnesis y el cuestionario de evaluación de percepción de calidad de vida en la deglución SWAL-QOL, que incorporaba antecedentes de dificultades en la alimentación, y los 44 ítems agrupados en 11 escalas categorizadas como:

Sobrecarga, Duración, Deseos, Síntomas, Selección, Comunicación, Miedo, Salud Mental, Social, Fatiga y Sueño.

Procedimientos de recolección de datos

- Etapa 1

Se realiza reunión con encargados de Fundación Joven de Cerro Navia con el fin de explicar el propósito de la investigación, alcances y beneficios, tanto para los participantes de la muestra, como para la fundación propiamente tal. Además, se coordinan días y horarios para la aplicación del estudio (Anexo 3). Y en última instancia, se confirma autorización con coordinadores.

- Etapa 2

Se realiza charla Introductoria al tema de estudio con el fin de levantar necesidades dirigidas a las personas presentes en sala de kinesiología, facilitada por la coordinadora de la fundación. Por medio de esta, se informa acerca del propósito que se espera alcanzar y de qué manera se verían beneficiados, así como también, la fundación de la cual son activos en distintas actividades que realiza el equipo multidisciplinario de dicho establecimiento. Por consiguiente, se procede con la entrega del consentimiento informado a las personas que desearon ser partícipes de la investigación. (Anexo 2)

Posteriormente, se confirma asistencia de cada uno a través de llamado telefónico, números que fueron recopilados en la primera etapa del proceso para la aplicación de cuestionario y evaluación de la deglución realizada por una Fonoaudióloga externa.

- Etapa 3

Fonoaudióloga lleva a cabo la evaluación de la deglución a cada participante, con el fin de establecer diagnóstico de Presbifagia y de esta manera realizar la selección de las Personas que se encuentren dentro del criterio de inclusión. Una vez evaluados y establecido dicho diagnóstico, se procede con la aplicación del cuestionario para medir la calidad de vida de cada uno de ellos.

- Etapa 4

Análisis de datos: Una vez obtenida toda la información requerida a través del cuestionario, Se procede a realizar el análisis de los datos obtenidos para su posterior descripción.

- Etapa 5

Se realizará un taller informativo y preventivo acerca de Presbifagia, que será expuesta de manera sencilla para una adecuada comprensión principalmente de todas las Personas participantes del estudio. También, se hará entrega de folletos y material complementario que de igual manera será facilitado a la Fundación joven Cerro Navia. De esta manera, se daría por finalizado el proyecto de investigación.

Propuesta de análisis de Datos

Se analizan los datos con la información recolectada del instrumento, utilizando el programa SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Para el procedimiento de los datos se utilizó estadística descriptiva empleando porcentajes para el análisis de las variables.

La variable percepción de la calidad de vida se califica de manera cuantitativa, presentándose en gráficos de torta y gráficos de barra. Fue medida a partir del SWAL-QOL que indicó la apreciación del individuo en relación con las dificultades en el proceso de alimentación mostrando como resultado una calificación de 1 a 5 descrita como: 1: siempre, 2: la mayoría de las veces, 3: algunas veces, 4: muy pocas veces o 5: nunca, interpretándose mediante el sistema tipo Likert (Sampieri, Collado y Lucio, 2014), en la que después de completar el cuestionario, cada dominio se pudo analizar por separado sumando las respuestas y dividiendo entre el número total de ítems (máximo posible de cada escala); las respuestas de todos los dominios se sumaron y dividieron entre el número total de ítems para obtener una puntuación global de la variable. La variable de edad fue analizada a través de tablas de contingencia para la caracterización de la población. Esta variable sirvió para estratificar la percepción de calidad de vida en la alimentación.

RESULTADOS

Con base en la metodología, la muestra se seleccionó a partir del diagnóstico de Presbifagia establecido previamente por Fonoaudiólogo, por medio del cual se logró reunir un total de 15 PM no institucionalizadas de la Fundación Joven Cerro Navia que dieron cumplimiento a los criterios de inclusión para el desarrollo del estudio.

Este estudio descriptivo con diseño transversal permitió describir la percepción de calidad de vida de las PM no institucionalizadas que presentaron alteraciones en el proceso de la deglución. A continuación, se presentan los resultados.

1. Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas hacen referencia a: “la edad, la cual se define como el tiempo que han vivido las personas” (Blandón, Domínguez, Urresta, y Chacón, 2016, p.49), siendo la primera variable representada a continuación:

Título de Cuadro: Edad mínima y máxima de los sujetos de la muestra

Tabla 1.1: Edades de las PM que asisten a Fundación Joven Cerro Navia de la ciudad de Santiago de Chile 2019.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	15	65,00	84,00	73,2000	5,49285
N válido (por lista)	15				

Fuente: Elaborada por los autores (2019).

En cuanto a las edades de los sujetos, se identificó que, del total de las 15 PM no institucionalizados, la edad mínima encontrada fue de 65 años y la máxima de 84 años con una media (promedio) de 73 años, presentando una desviación estándar de 5 años.

Título de Cuadro: Personas agrupadas por edad

			Frecuen	Porcent	Porcent	Porcent
	Váli	cia	aje	aje válido	aje acumulado	
do	65-73		7	46,7	46,7	46,7
	73-84		8	53,3	53,3	100,0
	Tot		15	100,0	100,0	
	al					

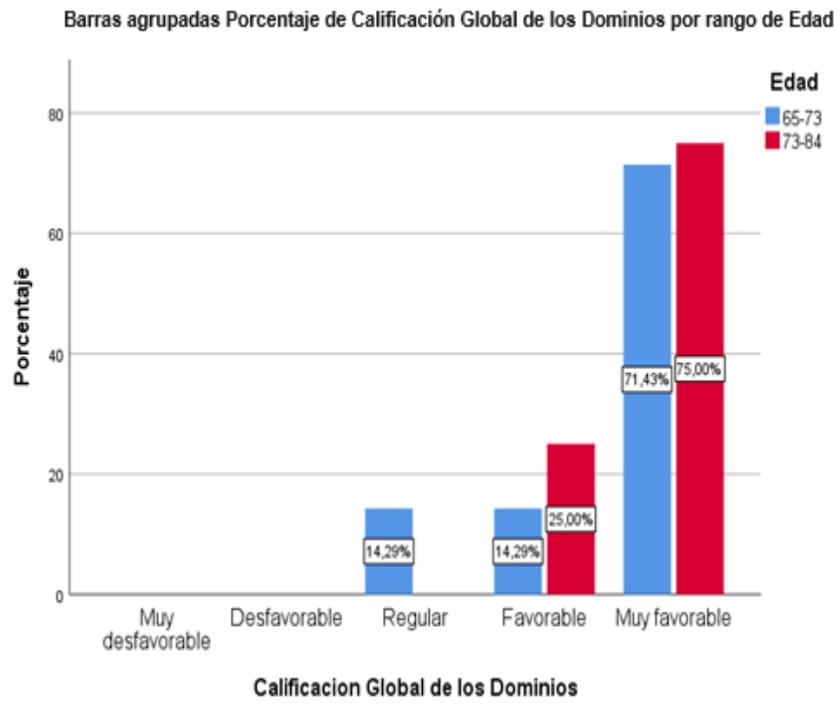
Tabla 1.2: Cantidad de PM agrupadas según edad que asisten a Fundación Joven Cerro Navia de la ciudad de Santiago de Chile 2019.

Fuente: Elaborada por autores (2019).

A partir de los datos recolectados, se encontró que, de las 15 PM, 7 (46,7%) se encontraron en un rango de edad entre los 65-73 años y 8 (53,3%) entre los 73-84 años de edad.

Título del Gráfico: Edad y Percepción de Calidad de vida

Gráfico 1.1: Valoración porcentual de Percepción de Calidad de vida y relación con edades agrupadas de las PM que asisten a Fundación Joven Cerro Navia de la ciudad de Santiago de Chile 2019.



Fuente: Elaborada por autores (2019).

En la medición global de los dominios respecto a la autopercepción de la calidad de vida de las personas con Presbifagia, y la relación de las edades agrupadas anteriormente descritas, se obtuvieron los siguientes resultados:

A partir de los datos agrupados en relación a las edades entre 65-73 años, se obtuvo que un 71,43% de las personas comprendidas en ese rango de edad consideran muy favorable su percepción de calidad de vida, mientras que en el rango etario 73-84 años, se encontró un 75,00% de personas que consideran su percepción de calidad de vida como muy favorable. Ambos resultados nos indican que los rangos etarios anteriormente descritos se encuentran dentro de una percepción muy buena en relación a su calidad de vida.

Por otro lado, una parte de la muestra, comprendidas en el rango de edad de 65-73 años los resultados arrojaron un 14,29% considerando favorable su percepción de calidad de vida, mientras que un 25,00% entre el rango de edad de 73-84 años consideran su percepción de calidad de vida como favorable. Ambos resultados, de ambos rangos de edades, indican una percepción de calidad de vida favorable en relación al total de los dominios. Asimismo, un 14,29% de las PM del rango etario de 65-73 años indicaron una percepción de calidad de vida regular en relación al total de los dominios.

2. Percepción de la calidad de vida en Personas con Diagnóstico de Presbifagia.

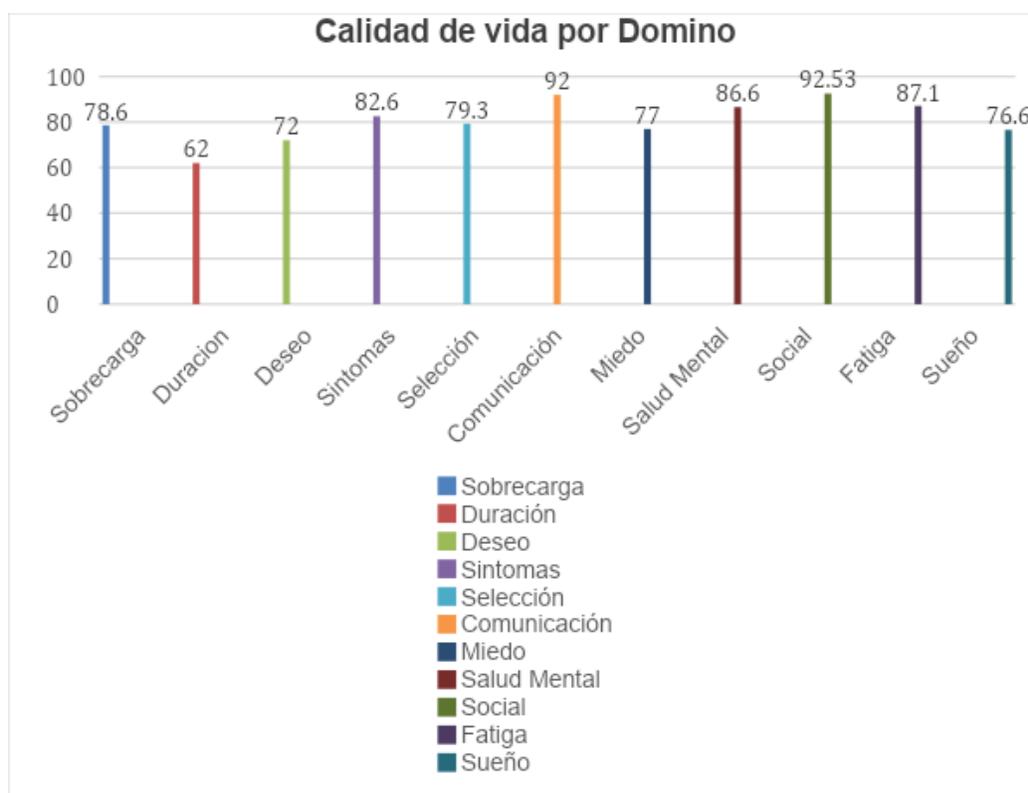
Para determinar la percepción de calidad de vida del individuo en relación con las dificultades deglutorias a través del cuestionario SWAL-QOL se calificaron bajo los indicadores de: muy pobre (1), pobre (2), regular (3), buena (4) y muy buena (5). De modo que, para mejorar la comprensibilidad y explicación de los datos, estos fueron agrupados en cuatro categorías: 1 y 2= Muy desfavorable, 2 y 3= Regular, 3 y 4= Favorable y, 4 y 5= Muy favorable. Dicha variable contó con subvariables determinadas por cada dominio del cuestionario: Sobrecarga, duración, deseo, síntomas, selección, comunicación, miedo, salud mental, social, fatiga y sueño según instrumento de valoración SWAL-QOL.

Teniendo en cuenta la escala de calificación del nivel de calidad de vida se clasificaron como: muy pobre los resultados entre 0 y 19% pobre de 20-39; regular de 40 a 59; como buena los resultados entre 60 a 79, y los resultados ente 80 y100 como muy buena calidad de vida. (Blandón, Domínguez, Urresta, y Chacón, 2016, p.51).

Visto lo anterior, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Título del Grafico: Calidad de vida por dominio

Grafico 2.1: Percepción de la Calidad de vida de Personas mayores no institucionalizadas en Fundación Cerro Navia Joven de la ciudad de Santiago 2019.



Fuente: Elaborada por autores (2019).

En la medición global respecto a la percepción de calidad por dominio, se obtuvieron los siguientes resultados: Un 78,6% en el dominio de sobrecarga; 62% en duración; 72% en deseo; 82,6% en síntomas; 79,3% en selección; 92% en comunicación; 77% en miedo; 86,6% en salud mental; 92,53% en social; 87,1% en fatiga y en el dominio sueño un 76,6%.

En pocas palabras, se encontró que el dominio con peor calificación fue duración con un 62%, mientras que los dominios con mejor percepción de calidad de vida fueron comunicación y social, observándose dentro de un 90%.

Título de cuadro: Valoración global de Calidad de Vida

Cuadro 2.1: Valoración global de cada dominio del cuestionario SWAL-QOL de las PM que asisten a Fundación Joven Cerro Navia de la ciudad de Santiago de Chile 2019.

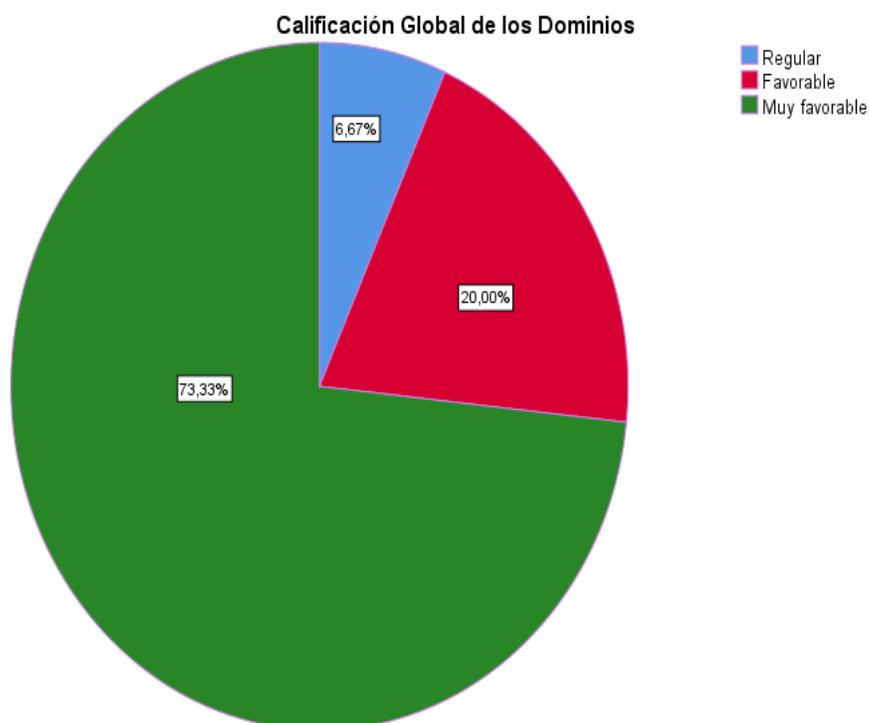
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	1	6,7	6,7	6,7
	Favorable	3	20,0	20,0	26,7
	Muy Favorable	11	73,3	73,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Elaborada por los autores (2019).

A partir de los datos recolectados, se encontró que, de las 15 PM, 11 (73,33%) percibieron como “muy favorable” su calidad de vida frente a las dificultades de alimentación; 3 (20%) Personas percibieron una calidad de vida “favorable” y 1 (6,67%) Personas indicaron percibir su calidad de vida como “regular”.

Título de Grafico: Porcentaje global de calidad de vida por dominios

Gráfico 2.2: Representación gráfica de la valoración global de cada dominio del cuestionario SWAL-QOL de las PM que asisten a Fundación Joven Cerro Navia de la ciudad de Santiago de Chile 2019.



Fuente: Elaborada por los autores (2019).

Representación gráfica de la autopercepción de la calidad de vida de las personas de la muestra en relación al global de los dominios: considerando la escala antes mencionada, se halló que las PM a las cuales se les aplicó el cuestionario SWAL- QOL se ubicaron con un porcentaje 73,33% correspondiente a un nivel bueno de calidad de vida, un 20% como nivel regular y solo un 6,67% con un nivel de percepción pobre de calidad de vida.

DISCUSIÓN

Como ya se describió en los apartados anteriores, las PM pueden presentar dificultades relacionadas al proceso de alimentación a consecuencia de las distintas modificaciones anatomofuncionales a nivel orofaringolaríngeo relacionadas al envejecimiento. Así mismo, se evidenció según Blandón, et al (2016) que los cambios en la deglución se deben principalmente por modificaciones en la dentición, salivación, desgaste del hueso alveolar, movimiento de vía oral débil, disminución de la sensibilidad, modificaciones en el patrón respiratorio y disminución del tono muscular del esfínter esofágico. (p.19).

Visto lo anterior, se decidió investigar y cuantificar aquella población respecto a la autopercepción sobre la calidad de vida frente a las alteraciones del proceso deglutorio a través del instrumento SWAL-QOL.

En relación al resultado que se obtuvo del dominio “duración”, se reportó que un 62% de las PM consideró su calidad de vida como favorable (buena), siendo este el porcentaje más bajo en relación a los demás dominios.

Durante el proceso de aplicación del cuestionario, usuarios reportaron que una de las dificultades en relación a tiempo (duración) de alimentación se debió principalmente a la disminución de la fuerza, a la pérdida de dentadura y al uso de prótesis dentaria mal adaptadas o incompletas, situación que desencadenó el reporte de dificultades en la masticación; siendo este aspecto uno de los que predominó e influyó en el resultado del dominio. Lo anterior coincide con lo expuesto por Roa (2014), en el cual señala que “la pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, de la fuerza, distensibilidad y coordinación muscular”, son características propias de sujetos con Presbifagia.

Por consiguiente, los dominios con mayor favorabilidad en relación a la calidad de vida fueron comunicación, que se reportó con un 92% y social con un 92,53%. Dichos resultados fueron correlacionados según las respuestas que se obtuvieron en la aplicación del instrumento, donde la mayoría de las Personas refirieron que, a pesar de las dificultades en el proceso de la deglución, estas no limitaron su comunicación, dado que hablaban con claridad y que los demás les entendían al hablar. Y respecto a la participación, refirieron que cumplían el rol de comensal, en reuniones tanto familiares como sociales de manera activa, así como también, de las actividades propias de la fundación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la medición global de los dominios de las 15 PM equivalentes al total de la muestra, 11 (73,33%) percibieron como “muy favorable” su calidad de vida frente a las dificultades de alimentación; 3 (20%) personas percibieron una calidad de vida “favorable” y 1 (6,67%) personas indicaron percibir su calidad de vida como “regular”. Dichos resultados se correlacionaron con un estudio realizado por Cassol, Ferreira, Zamberlan y Leite (2012), en una población de PM no institucionalizados sin antecedentes de alteraciones degenerativas o neurológicas que pudiesen explicar dificultades en el acto deglutorio, se encontró una buena percepción de calidad de vida media (p.229).

Respondiendo a la pregunta de investigación, los resultados no evidenciaron relación entre calidad de vida y Presbifagia. Esto se explicó por diferentes razones; una de ellas es la cantidad de sujetos que participaron en el estudio, ya que la muestra finalmente obtenida es considerablemente reducida, por lo que es importante realizar futuras evaluaciones para determinar si existe una correlación entre las alteraciones de la deglución y la calidad de vida en una muestra más amplia.

Si bien, “el estudio de la calidad de vida ofrece una visión importante sobre el impacto que tienen determinadas enfermedades sobre la salud general de las personas” (Blandón, Domínguez, Urresta, y Chacón, 2016, p.72), es importante considerar que el instrumento SWAL-QOL para la valoración de la autopercepción de la calidad de vida para PM con trastornos de deglución, es una evaluación que debe ser perfeccionada, ya que muchas preguntas apuntan a lo mismo y parecen redundantes, otras son difíciles de comprender y deben ser explicadas en reiteradas veces. Por lo tanto, sería útil la adaptación de este cuestionario para facilitar la aplicación y respuesta de este.

CONCLUSIÓN

A partir de los análisis que se realizaron tras este seminario de investigación, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

En general, las Personas que participaron en el estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión y respondieron al cuestionario, presentaron una percepción de calidad vida “muy favorable” representado con un 73,33%. Esto se debió a los facilitadores que provee la Fundación, como las prestaciones de servicios por parte del equipo multidisciplinar apoyado por: Fonoaudiólogo, Kinesiólogo, Psicóloga, Trabajo Social, entre otros, que promovieron y respondieron a las necesidades e influyeron de manera positiva en el desempeño y, por lo tanto, en la calidad de vida de cada Persona.

Con respecto a la calidad de vida en relación a los dominios comunicación y social, tampoco se evidenciaron grandes diferencias respecto a los dominios destacados. Esto se explicó, dada la activa participación en los distintos contextos ya mencionados, y la red de apoyo familiar que la gran mayoría refirió tener.

Sin embargo, es importante considerar que la población geriátrica continuará creciendo de manera progresiva, de ahí la importancia de generar planes de atención para suplir las distintas necesidades que les permitan tener una mejor calidad de vida.

Por otro lado, Es importante enfatizar sobre el rol que cumple el profesional Fonoaudiólogo/a en los distintos establecimientos de servicios públicos, pues a través de este es posible además, efectuar actividades de promoción y prevención que permiten identificar necesidades no tan solo en el ámbito relacionado a alteraciones deglutorias, sino que también, en las áreas tales como: El habla, audición, lenguaje, cognición y la voz, para posteriormente brindar respuesta a ello, ya que si bien en la fundación donde se llevó a cabo el estudio contaba con dicho profesional, este solo brindaba servicios en el área infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aponte, D. (2015). Calidad De Vida En la Tercera Edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182. Recuperado el 20 de marzo de 2018, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
- Atención sociosanitaria en trastornos neurológicos. (2013). Control neurológico de la deglución: control cortical. Recuperado de <https://www.astrane.com/control-neurologico-de-la-deglucion-control-cortical/>
- Blandón, I., Domínguez, J., Urresta, J., y Chacón, J. (2016). *Caracterización de la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados con dificultades en el proceso de alimentación*. (Tesis de Grado). Universidad del Valle, Cali, Colombia. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/10867/1/CB-0559964.pdf>
- Confederación Española de Personas con discapacidad Física y Orgánica. (2017). *Presbifagia: Disfagia en personas mayores*. Recuperado de <https://cocemfecyl.wordpress.com/2017/10/17/presbifagia-disfagia-en-personas-mayores/>
- Chávez, R., Del Carmen, B., Chávez, M., Enrique, J., Guzmán, M., y Adalberto, J. (2018). Odontogeriatría y Gerodontología: El Envejecimiento y Las Características Bucales del Paciente Adulto Mayor: Revisión de literatura. *Revista Estomatológica Herediana*, 24(3). <https://doi.org/10.20453/reh.v24i3.2096>
- Cristina de la Riva, A. (2016). La disfagia en los accidentes cerebrovasculares. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/20426/1/TFG-M-L690.pdf>
- Cassol, K., Galli, J., Ferreira, M., Zamberlan, N. y Dassie-Leite, A. P. (2012). Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. [Calidad de vida en deglución en adultos mayores sanos] *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 24(3), 223-232. <https://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912012000300007>

- Campos, C., Guajardo, F., Navarrete, B., y Oteiza, T. (2012). *Presencia de Presbifagia en adultos mayores institucionalizados y su relación con la calidad de vida*. (Tesis de Grado). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/114883/Tesis.pdf?sequence=1>
- Dagnino, J. (2014). Tipos de datos y escalas de medida. *Revista Chilena de anestesia*, 43(2), 109-111. Recuperado de <http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv43n02.06.pdf>
- Defilippi, C. (2014). ¿Cómo estudiar al paciente con disfagia?. *Gastroenterología Latinoamericana* 25(1), 19-21. Recuperado de <http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2014s100004.pdf>
- Falduti, A., y Cámpora, H. (2015). *Deglución de la A a la Z: Fisiopatología – Evaluación – Tratamiento*. Buenos Aires, Argentina, Editorial Journal. 300 p.
- García, V., Del Campo, M., Peña, R., Segura, L., González, M.A., y Medina, A. (2015). *Presbifagia, Una revisión bibliográfica*. DOI:10.13140/RG.2.2.20169.75367
- García, V., Sanhueza, M., Peña, R., Catricheo, N., Cofre, M., Sepúlveda, A., y Vergara, J. (2017). Percepción de un grupo de adultos mayores con Presbifagia sobre el fenómeno de la alimentación y las propiedades organolépticas de los alimentos. *Revista ALAN*, 67(4). Recuperado de <https://www.alanrevista.org/ediciones/2017/4/art-4/>
- Jofré, C., Lizama, V., Luchsinger, B., Vásquez, T., y Yalul, C. (2015). Calidad de vida en pacientes con disfagia como consecuencia de trastornos del movimiento de origen neurológico. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138239/Jofr%C3%A9%20Lizama%20Luchsinger%20V%C3%A1squez%20Yalul.pdf.pdf?sequence=1>
- Logopedia y algo más. (2015). Fisiología de la deglución en el anciano. Recuperado de <https://logopediaymas.wordpress.com/2015/12/02/fisiologia-de-la-deglucion-en-el-anciano/>

- Lugaro, M., Ríos, F., Lauria, V., Jiménez, S., Benito, M., Schoon, P. (2017). Incidencia de trastornos deglutorios post-extubación en cuidados intensivos, mediante evaluación fibroscópica. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 17(3). Recuperado de http://www.ramr.org/articulos/volumen_17_numero_3/articulos_originales/articulos_originales_incidencia_de_trastornos_deglutorios_post_extubacion_en_cuidados_intensivos_mediante_evaluacion_fibroscopica.php?zoom_highlight=deglucion#ref
- Manterola, C., Urrutia, S., y Otzen, T. (2014). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Instrumentos de medición para valoración de resultados en cirugía digestiva alta. *Revista chilena de cirugía*, 66(3), 274-282. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000300016>
- Martínez, P., González, A., Castellón, L., y González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007&lng=es&tlng=es
- Ministerio de Salud. (2015). *Alteraciones de la deglución en el adulto mayor*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Dr.-Matamala-ALTERACIONES-DE-LA-DEGLUCI%C3%93N-EN-EL-ADULTO-MAYOR.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Envejecimiento y vejez*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Morales, J. (31 de mayo del 2015). Sarcopenia, fibras tipo II y ejercicio en mayores [Blog]. Recuperado de <https://www.fissac.com/sarcopenia-fibras-tipo-ii-y-ejercicio-en-mayores/>
- Moscardi, G. (2015). *Presbifagia* (Tesis de Grado). Universidad FAST, Mar del Plata, Argentina. Recuperado de http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1010/2015_F_006.pdf?sequence=1
- Mosquera, G. (2011). Envejecimiento fisiológico y predisposición al trauma craneoencefálico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 15(5), 917-932.

Recuperado el 13 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000500015&lng=es&tlng=es.

Nemerovsky, J. (2016). Sarcopenia. Recuperado de <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2016/07/Sarcopenia.pdf>

Organización de las Naciones unidas. (2015). *Envejecimiento*. Recuperado de <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Parra, M. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años* (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, Elche, España.

Rayen, A., Bastías, G., Valdivia, G., Cheix, C., Barrios, X., Rojas, R., Gálvez, M., y Fernández, F. (2016). Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. *Cuadernos. Info*, (38), 85-104. <https://doi.org/10.7764/cdi.38.964>

Roa, P. (2014). Presbifagia en adultos mayores. Recuperado de <http://www.udd.cl/medios-y-prensa/presbifagia-en-adultos-mayores/>

Rodríguez, T., Russo, M., y Carrasco, M. (2017). Políticas públicas para una población que envejece: panorama y propuestas para el sistema de salud chileno. *Centro de políticas públicas UC*, 12(92). Recuperado de <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2017/03/Paper-N%C2%BA-92.pdf>

Servicio Nacional Del Adulto Mayor. (2008). *Estadísticas sobre las personas Adultas Mayores: Un análisis de género*. Recuperado de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estad-personas-AM_Un-analisis-de-genero-2006.pdf

- Salech, F., Jara, R y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Las Condes*, 23(1). 4-113. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2017). Censo 2017 revelo que más del 16% de la población chilena es adulto mayor. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/noticias/censo-2017-revelo-que-mas-del-16-de-la-poblacion-chilena-es-adulto-mayor>
- Superintendencia de la Salud, departamento de estudios y desarrollo. (2009). *Calidad de vida relacionada a la salud (HR-QoI) en población general*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3818_recurso_1.pdf
- Sampieri, H., Collado, C., y Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación: Sexta edición*. Santa Fe, México, Editorial McGRAW-HILL. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Tobar F., R., Campos T., C., Cancino H., V., Diez de Medina E., M., y Fierro A., N. (2016). Dominio del fonoaudiólogo para la determinación del grado de viscosidad de alimentos líquidos. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 15(0). <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2016.44106>
- Toledo, L., Aguirre, I., Scaramelli, D., Mella, J. Y Munita, A. (2017). Adaptación inicial de un cuestionario de autopercepción de calidad de vida en pacientes con disfagia. *Revista chilena de Fonoaudiología*, 16, 1-9. ISSN 0719-4692
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. [Perspectivas de la población mundial: Revisión de 2015, hallazgos clave y tablas de avance] Recuperado de https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf

Universidad Nacional de Educación a Distancia. (2019). Guía de alimentación y salud, Alimentación en las etapas de la vida: Tercera edad. *Facultad de Ciencias. Nutrición y Dietética*. Recuperado de https://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/etapas/tercera_edad/loque_cambios_biologi.htm

Vega, Y., Torres, A., y Del Campo, M. (2017). Análisis del Rol del Fonoaudiólogo(a) en el Sector Salud en Chile. *Ciencia y Trabajo*, 19(59), 76-80. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v19n59/0718-2449-cyt-19-59-00076.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL) Según Toledo et al., 2017. Versión adaptada para la población chilena.

Anexo 1

Instrucciones para completar el cuestionario SWAL-QOL

Este cuestionario ha sido diseñado para saber si sus dificultades para tragar/deglutir han afectado la calidad de su vida diaria.

Por favor, tómese su tiempo en leer y responder cuidadosamente cada pregunta. Algunas de las preguntas pueden resultar muy parecidas entre sí, pero son todas diferentes.

A continuación hay un ejemplo del tipo de pregunta de este cuestionario.

¿Durante el último mes, con qué frecuencia ha experimentado los síntomas descritos?

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
Me siento débil	1	2	3	4	5

Puntuación

Como cada escala tiene diferente número de ítems, el puntaje para cada una de ellas es transformado a porcentaje para una mejor comparabilidad.

Los puntajes brutos totales para cada paciente en cada escala son convertidos a porcentajes, tomando como referencia el puntaje máximo posible de cada escala. Así, 100% corresponde a la condición más favorable de calidad de vida y 0% la menos favorable.

Puntaje escala = (puntaje bruto paciente * 100) / máximo posible escala

Escala	Ítems
Sobrecarga	Vivir con mi problema para tragar es muy difícil
	Mi problema para tragar es una gran distracción en mi vida
Duración	Me demoro más que otras personas en comer
	Comer algo me toma una eternidad
Deseo	La mayoría de los días no me preocupa si como o no
	Rara vez siento hambre
Síntomas	Ya no disfruto cuando como
	Toser
	Atragantarse al comer alimento
	Atragantarse al ingerir líquidos
	Tener saliva espesa o flemas
	Tener arcadas
	Babear
	Problemas al masticar
	Tener exceso de saliva o flemas
	Tener que carraspear
	Tener comida pegada en la garganta
	Tener comida pegada en la boca
	Derramar alimentos o líquidos por la boca
	Derramar alimentos o líquidos por la nariz
Toser comida o líquido por la boca cuando se quedan atorados	
Selección	Saber que puedo y que no puedo comer es un problema para mí.
	Me resulta difícil encontrar alimentos que me gusten y que pueda comer

Comunicación	Las personas tienen problemas para entender lo que digo
	Es difícil para mí hablar claramente
Miedo	Cuando como, tengo miedo que pueda comenzar a atragantarme
	Me preocupa la posibilidad de contraer neumonía
	Cuando tomo líquidos, tengo miedo que pueda comenzar a atorarme
Salud mental	Nunca se cuándo me voy a atragantar
	Mi problema para tragar me deprime
	Me molesta el hecho de tener que ser tan cuidadoso para comer o beber
	Me he desanimado por mi dificultad para tragar
	Mi dificultad para tragar me frustra
Social	Mi dificultad para tragar me pone impaciente
	No salgo a comer fuera de casa por mi dificultad para tragar
	Mi problema para tragar me dificulta tener una vida social
	Mi trabajo habitual o mis actividades de recreación han cambiado debido a mi problema para tragar
	Los eventos sociales (vacaciones o reuniones sociales con otras personas) no son agradables debido a mi problema para tragar
Fatiga	Mi rol frente a mi familia y amigos ha cambiado debido a mi problema para tragar
	Me he sentido débil
	Me he sentido cansado
Sueño	Me he sentido exhausto
	He tenido problemas para quedarme dormido
	He tenido problemas para mantenerme dormido



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CARRERA DE FONOAUDIOLÓGIA

Usted ha sido invitado a participar en una actividad docente que involucra la participación directa de alumnos de la Carrera de Fonoaudiología, de la Facultad de Salud de la Universidad Católica Silva Henríquez.

Lea cuidadosamente este documento y tome el tiempo que sea necesario para su decisión de querer participar.

OBJETIVOS

En esta actividad, los estudiantes de pregrado de la Carrera de Fonoaudiología, mediante supervisión de un fonoaudiólogo tutor, desarrollarán destrezas asociadas al quehacer fonoaudiológico propio de la etapa de formación profesional en la que estarán.

TIPO DE INTERVENCIÓN

Usted será entrevistado por un estudiante previamente entrenado por docentes de la Carrera de Fonoaudiología. En dicha instancia, el estudiante realizará alguna encuesta o evaluación, o eventualmente un tratamiento que apunte a una de las siguientes áreas: lenguaje, habla, deglución, audición y/o voz. El estudiante podrá solicitar su autorización para el registro audiovisual del proceso. La actividad en total no deberá exceder a 1 hora.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en esta actividad es totalmente voluntaria. Es su derecho retirarse de la misma, no aceptar participar o retirar su consentimiento cuando estime necesario. No perderá ningún derecho en caso de hacerlo.

CONFIDENCIALIDAD

Asimismo, la información recopilada mediante la entrevista será de carácter confidencial, utilizada exclusivamente con fines didácticos. No se compartirá la identidad de las personas que participen en la actividad. Eventualmente, la información recopilada pudiera ser usada con fines científicos si así lo autoriza. Los datos personales serán utilizados en forma anónima, así también fotografías y videos, de modo que no se revele su identidad. Si se registran archivos audiovisuales, serán guardados en formato que sólo será accesible por el profesor tutor.

A QUIÉN CONTACTAR

Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar al profesor(a) tutor:

Nombre: _____ Email: _____

Teléfono: _____



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	
	NO	

CIENTÍFICOS	SÍ	
	NO	

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	
NO	

Nombre y Firma del Voluntario

(o representante)

Fecha:

Nombre y Firma del Alumno:

Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	sí	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	sí	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

sí	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Paloma
Nombre y Firma del Voluntario
(o representante)

Fecha:

[Firma]
Nombre y Firma del Alumno:
Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	sí	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	sí	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

sí	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Nombre y Firma del Voluntario
(o representante)

Fecha:

Nombre y Firma del Alumno:

Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Victoria R.

Nombre y Firma del Voluntario

(o representante)

Fecha:

[Signature]

Nombre y Firma del Alumno:

Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

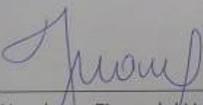
- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

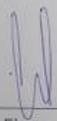
DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>


 Nombre y Firma del Voluntario
 (o representante)
 Fecha:


 Nombre y Firma del Alumno:
 Fecha:

 Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Nombre y Firma del Voluntario
(o representante)

Fecha:

Nombre y Firma del Alumno:

Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Luz Carrasco
Nombre y Firma del Voluntario

(o representante)

Fecha:

[Firma]
Nombre y Firma del Alumno:

Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Jolanda Bararide
Nombre y Firma del Voluntario

(o representante)

Fecha:

[Firma]
Nombre y Firma del Alumno:

Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Melissia
Nombre y Firma del Voluntario
(o representante)
Fecha:

[Firma]
Nombre y Firma del Alumno:
Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor
Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

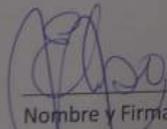
- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>



Nombre y Firma del Voluntario
(o representante)

Fecha:



Nombre y Firma del Alumno:
Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

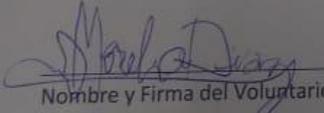
- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

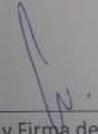
CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>


 Nombre y Firma del Voluntario
 (o representante)

Fecha:


 Nombre y Firma del Alumno:
 Fecha:

 Nombre y Firma del Profesor Tutor
 Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>



Nombre y Firma del Voluntario

(o representante)

Fecha:



Nombre y Firma del Alumno:

Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

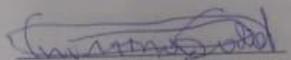
- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>



Nombre y Firma del Voluntario
(o representante)

Fecha:



Nombre y Firma del Alumno:

Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Rau
Nombre y Firma del Voluntario
(o representante)
Fecha:

[Firma]
Nombre y Firma del Alumno:
Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor
Fecha:



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

DOCENTES	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

CIENTÍFICOS	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

[Firma]
 Nombre y Firma del Voluntario
 (o representante)

Fecha:

[Firma]
 Nombre y Firma del Alumno:
 Fecha:

Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:

Anexo 3: Carta dirigida a Fundación Joven Cerro Navia.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

Santiago de Chile, Abril del 12.

Señoría (es/as)

Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud

Alumnas de Fonoaudiología

Universidad Católica Silva Henríquez

Para la población adulta mayor, enfrentarse paulatinamente al proceso de envejecimiento, conlleva a experimentar cambios a nivel estructural y funcional, así como también, sociales y emocionales.

En este contexto, surge una de las enfermedades propias de la persona mayor (PM) y que cobra mayor importancia por los riesgos asociados que conlleva: la Presbifagia. Esta dificultad corresponde a una alteración de la deglución (lo que comúnmente llamamos "tragar") propia de la PM debido a la pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, de la fuerza y coordinación muscular, que se requiere al momento de la alimentación; de modo que puede provocar dificultades nutricionales, respiratorias y en la calidad de vida. Este último se relaciona con la capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que permitan el autocuidado y participación de la PM en la vida familiar y social de manera plena.

Esta investigación tiene por objetivo caracterizar la calidad de vida de cada PM con Presbifagia, y cómo las distintas modificaciones anatómicas que se generan a consecuencia del envejecimiento normalizado, interfieren en su participación en los diferentes contextos, ya sean familiar, social y/o laboral. Así mismo, caracterizar aspectos

psicoemocionales y cómo estas dificultades limitan su alimentación en las distintas esferas de esta.

Con respecto a los alcances (principalmente exploratorios y descriptivos), se busca aportar a la comunidad datos concretos acerca de la autopercepción que tienen las PM con respecto a sus dificultades anatómica anteriormente descritas. Además, se espera generar conocimiento sobre dicho diagnóstico y las consecuencias que puede generar en su calidad de vida.

Por otro lado, se espera fomentar la detección precoz por parte del equipo multidisciplinar y/o a la red de apoyo familiar para un abordaje funcional e integral sobre el manejo de dicha condición, con el fin de que puedan desenvolverse en los distintos contextos (familiares y psicosociales), ampliando de esta manera la esperanza de vida de la población adulta mayor.

Finalmente, se beneficiará a las PM mediante la entrega de una pauta con adecuaciones alimenticias para una mejor calidad de vida en los distintos contextos que se desenvuelva, así como también al centro a través de la entrega de un póster informativo acerca de la Presbifagia y de qué manera esta afecta en su calidad de vida, en todos los contextos ya mencionados.

Atentamente,

Valeria Andrade Maldonado
Macarena Quiroz Montalva
Zinnia Sepúlveda Rodríguez

Estudiantes - Universidad Católica Silva Henríquez

