



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA

**ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DE CHILE DEL PROTOCOLO DE
FREIRE, R., DE FREITAS, A., LINS, E., JORDÃO, T., DA SILVA, H., y
DA CUNHA, D. DE AUTOEVALUACIÓN PARA DISFAGIA DE
ORIGEN NO NEUROLÓGICO EN ADULTOS MAYORES**

SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
FONOAUDIOLOGÍA

Profesor Guía - Autor
Patricio Keni Meza Astorga

Profesor Asesor
María Soledad Narea Veas

Alumnos Tesistas - Coautores
Roberth Acevedo Muñoz
Javiera Elgueta González
Álvaro Figueroa Arancibia
Martín Santana Soto
Rubén Varas Córdova

SAN FELIPE-CHILE, 2018

ÍNDICE

RESUMEN	6
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Envejecimiento	11
2.2. Modificación del sistema estomatognático y deglución en el adulto mayor	12
2.3. Disfagia y disfagia de origen no neurológico	16
2.4. Evaluación de la deglución	20
2.4.1. Autopercepción y autoevaluación de la salud en el adulto mayor	21
2.5. Rol del fonoaudiólogo en el manejo de la disfagia de origen no neurológico	22
2.6. Calidad de vida: prevención y promoción asociada a la disfagia de origen no neurológico	22
2.7. Proceso de adaptación de instrumentos de evaluación en salud	24
2.8. Protocolo de entrevista Adaptado de SUZUKI (1997) e JUNQUEIRA (1998) por de Freire, R., De Freitas, A., Lins, E., Jordão, T., Da Silva, H., y Da Cunha, D.	26
2.9. Estado del arte	26
3. METODOLOGÍA	30
3.1. Planteamiento del problema	30
3.1.1. Pregunta de investigación	30
3.1.2. Objetivo del Estudio	30
3.1.3. Justificación	30
3.1.4. Viabilidad	31
3.1.5. Deficiencia en el conocimiento	31
3.2. Objetivos	32
3.2.1. Objetivo general	32
3.2.2. Objetivos específicos	32
3.3. Tipo de estudio	32
3.3.1. Enfoque	32
3.3.2. Alcance	33
3.3.3. Diseño	33
3.4. Población	34
3.5.1. Muestra 1:	34

Tipo de muestra y diseño de muestreo:	34
Tamaño de la muestra:	35
Criterios de Selección de la muestra:	35
3.5.2. Muestra 2:	35
Tipo de muestra y diseño de muestreo:	35
Tamaño de la muestra:	36
Criterios de Selección de la muestra:	36
3.6. Variables: Operacionalización de variables.	36
3.7. Instrumento:	39
3.8. Técnica de obtención de información	39
3.9. Procedimientos:	40
3.10. Materiales:	41
4. RESULTADOS	42
4.1. Resultados de la etapa de consolidación	42
4.2. Resultados de la etapa de Pre-Test	44
4.2.1. Dimensión 1: Dificultad de la autoevaluación	44
4.2.2. Dimensión 2: Percepción del profesional experto	48
5. DISCUSIÓN	53
6. CONCLUSIONES	59
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	67

DEDICATORIAS

Al terminar este proceso solo pienso en el largo y difícil camino que recorrimos, lleno de incertidumbres, rabias, pero también de alegrías, por lo cual me gustaría dedicarlo en primer lugar a mis padres Roberto y Gladys, por el apoyo, consejos, preocupación y rezar constantemente por terminar exitosamente la tesis. En segundo lugar, a mi hermano Robinson y a mis tías Gloria y Angelica por siempre rezar por mí y por la preocupación incondicional. Por último, dedicarlo a Javiera, Álvaro, Martin y Rubén, sé que sin esta amistad este proceso hubiera sido mucho más difícil, agradezco a Dios por ponerlos en mi camino.

Roberth Acevedo Muñoz

A mi mamá por darme las herramientas para forjar mi propio camino. A mis abuelos, Yaya y Tata, por creer en mí y guiar mis pasos. A mis hermanos por ser mi fuente de amor y energía. A mis queridos tíos, Soledad y Jaime, por contenerme y levantarme. A mi amor, Franz, por su apoyo incondicional, por darme aliento y amor hasta en los peores momentos. A mis compañeros, los cabros, que sin el equipo que formamos, no hubiera logrado esta meta, los quiero. Por último y más importante, a mi hija, Isidora, por darme la oportunidad de crecer y ser mi luz. Agradezco profundamente el apoyo desinteresado que recibí de cada uno.

Javiera Elgueta González

A mi familia por ser pilares fundamentales de mi motivación a lo largo de todo este camino y por darme su apoyo incondicional en todas las decisiones que he tomado durante este extenso proceso. Por entregarme los valores y principios que sustentan el esfuerzo realizado para que todo este trabajo fuese posible. Gracias a ellos he llegado hasta donde estoy.

Álvaro Figueroa Arancibia

Dedico esta tesis a mi madre Silvana Soto Alfaro y a mi padre Jaime Santana Contreras, por permitirme estudiar y apoyarme en todo ámbito. También a mis compañeros tesisistas y a todos los profesores que nos apoyaron en este proceso.

Martin Santana Alfaro

AGRADECIMIENTOS

A nuestra asesora Sra. Flga. María Soledad Narea, por su inmensa colaboración y disposición en el desarrollo de este seminario. Quisiéramos expresarle nuestra más profunda gratificación y cariño por su labor como guía en este proceso, ayudándonos siempre que la necesitamos.

A los profesionales fonoaudiólogos, Francisco Contreras Ruston, Cecilia Malebrán y María Paz Martínez, que participaron en el proceso de traducción, retrotraducción y consolidación respectivamente, por su colaboración y el tiempo entregado.

A los flgos. Sebastián Bello, Yennifer Rodríguez y Barbara Herrera, que conformaron el juicio de expertos, por la disposición en participar y que generosamente han contribuido la recogida de información y en la valoración y extracción analítica de ellos.

A los asesores Jacqueline Elías de redacción y Jorge García de metodología de la investigación, por su apoyo y sugerencias en la realización de todo nuestro trabajo.

A todos ellos, muchas gracias.

RESUMEN

Actualmente, la sociedad chilena presenta un proceso de transformación demográfica, aumentando el número de adultos mayores. La tercera edad, se caracteriza por un aumento de la presencia de deterioros crónicos como la disfagia de origen no neurológico, que genera diversos cambios provocando descensos en la calidad de vida. Dada la ausencia de métodos de tamizaje en Chile, emerge la necesidad de contar con instrumentos que permitan la pesquisa temprana. De aquí surge el objetivo de adaptar al español de Chile y aplicar el protocolo de auto-evaluación de Freire *et al.*, 2009. para la disfagia de origen no neurológico en adultos mayores.

Para cumplir el objetivo, se dividió esta adaptación en 4 etapas, estas son: traducción directa, inversa, consolidación y pre-test. En el caso de la traducción, se contó con un fonoaudiólogo, el cual dominaba ambos idiomas (español-portugués). La retrotraducción la llevo a cabo un fonoaudiólogo bilingüe, cuya lengua materna es el portugués. El proceso de consolidación contó con un fonoaudiólogo bilingüe quien generó la traducción final. En la última etapa de pre-test, se conformó un juicio de expertos de ocho profesionales del área de salud, quienes aplicaron el protocolo a tres pacientes, para posteriormente entregar sus apreciaciones respecto a la aplicabilidad del instrumento. La recolección de todos los datos tuvo un enfoque cuantitativo, lo que permitió describir los resultados de este estudio bajo un diseño no experimental.

Los procesos de traducción/retrotraducción se llevaron a cabo de forma óptima, obteniendo el resultado esperado. Durante el proceso de consolidación el comité de expertos consideró que la traducción es equivalente a la versión de origen. Los resultados de los juicios de expertos detectaron diversas dificultades en la aplicabilidad y aspectos técnicos del protocolo. Sin embargo, la mayoría considera que el protocolo cumple con su objetivo.

A modo de proyección, se propone para estudios próximos perfeccionar el protocolo generar nuevas herramientas que permitan un tamizaje en la población adulta mayor relacionado con la deglución en personas neurotípicas.

Palabras claves: Disfagia de origen no neurológico, adulto mayor, calidad de vida, auto-evaluación, tamizaje.

ABSTRACT

Nowadays, Chilean society is facing a process of demographic transformation regarding the number of elderly people. Third age is characterized by the increase of chronic deterioration, in the case of non-neurological dysphagia, which generates various changes, such as social isolation, reduced nutrition and hydration, causing a decline in the life quality of said population. Given the lack of screening methods for this problem in our country, there is a need to have instruments that allow screening. It is for this reason that the proposal to adapt to Chilean Spanish and apply the self-assessment protocol of Freire et al., 2009, for dysfunction of non-neurological dysphagia in older adults.

In order to fulfill the objective, this adaptation process was divided into 4 stages, these are: direct translation, inverse translation, consolidation and pre-test. In the case of the direct translation process, there was 1 phon audiologist who handles both languages (Spanish-Portuguese). For the reverse translation with a professional bilingual phon audiologist, whose native tongue is Portuguese. For the consolidation process, a bilingual phon audiologist was who generated the final translation. In order to carry out a preliminary testing process, an expert judgment of 8 health professionals was formed, all of whom applied the protocol to 3 patients so that their personal opinions regarding the applicability can be appreciated of the instrument.

The process of translation and reverse translation were carried out in an optimal way, without major complications and obtaining the expected result. During the consolidation process, the expert committee considered that most of the translation was equivalent to the original version, there were no relevant differences between the first translation and the reverse translation. The results of the expert judgments were mainly negative results, detecting various difficulties in the applicability and technical aspects of the protocol. However, most of the time it does not meet its goal of self-assessment for neurological dysfunction.

A projection proposal for this study, is that the protocol should be perfected or simply, generate a new tool that allows a screening in the neurotypical elderly adult population related to swallowing.

Keywords: Non-neurological dysphagia, third age, life quality, self assessment, screening.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la sociedad chilena está enfrentando un proceso de transformación demográfica, aumentando el número de adultos mayores en relación a la población juvenil. Se estima que en Chile, para el año 2050, 1 de cada 4 sujetos será mayor de 70 años (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2011). Se considera adulto mayor a las personas que superan la edad de 60 años y se caracterizan por tener un declive en su estado de salud integral, afectando principalmente en la calidad de vida de este grupo etario.

Según la OMS (2015), la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. En relación con esto, León, Rojas y Campos (2010), mencionan que la calidad de vida del adulto mayor está determinada por múltiples factores, tales como, la situación económica, atención de salud, vivienda, alimentación, afecto, cariño y recreación. Debido a lo anterior, es razonable considerar que la deglución cumple una función importante, no solo para una buena nutrición, sino también, en otros procesos sociales, recreacionales y afectivos. La deglución implica una conexión social con el mundo, es decir, el ser humano es un ser gregario, que se reúne en torno a diversas actividades, entre las cuales cobra gran importancia el acto deglutorio. En este sentido, este involucra diferentes procesos homeostáticos necesarios para la mantención de un estado integral de la salud.

Sin embargo, alcanzada una edad determinada, se producen modificaciones en la función deglutoria producto de disfunciones sensoriales, que aparecen de forma progresiva y que pueden afectar el paladar y el olfato. Junto con ello, se desarrollan modificaciones estructurales de la cavidad oral que generan dificultad al momento de deglutir, tales como la pérdida de piezas dentarias, la disminución de la producción de saliva y la pérdida del tono muscular. A esto se le denomina “disfagia de origen no neurológico”, que difiere de la “disfagia”, siendo esta última asociada a patologías del sistema nervioso central o periférico, y no son propias del proceso de senescencia (Cardoso, 2010b). Estos cambios en la deglución resultan insatisfactorios al momento de alimentarse, produciendo la evasión de situaciones sociales y rutinas alimenticias, esenciales del diario vivir, pudiendo conllevar a un estado de desnutrición y deshidratación, repercutiendo finalmente en la calidad de vida. Es de gran

importancia considerar que estas alteraciones comienzan desde los 60 años aproximadamente y generan un cambio de rutina progresiva.

En Chile, actualmente, existen pocas instancias de prevención en relación a las dificultades deglutorias, área en la cual no existe mucho manejo de información en la población general. Además, la evaluación de la deglución no está incluida dentro del control rutinario de adultos mayores (Tapia, Tobar y Toledo, 2017). Todos los exámenes relacionados a la deglución están enfocados específicamente en pacientes con problemas neurológicos (disfagia), en donde se cuenta con evaluaciones clínicas y pruebas instrumentales, las que tienen un alto costo y poca accesibilidad. Evidentemente, estos exámenes no serán utilizados para evaluar adultos mayores aparentemente sanos, lo que genera la necesidad de contar con distintas herramientas que sean de uso simple, rápido y aplicable a cualquier paciente, a modo de prevenir y abordar una problemática que puede afectar en la calidad de vida de este grupo etario. Además, tras una exhaustiva investigación, no se encontraron protocolos de auto-evaluación para la disfagia de origen no neurológico en adultos mayores.

En relación a esto, la finalidad de este estudio consiste en adaptar un protocolo de auto-evaluación de disfagia de origen no neurológico para adultos mayores desde el portugués brasileño al español chileno, mediante procesos metodológicos formales válidos para este tipo de investigación, siguiendo una línea descriptiva de los resultados bajo un diseño no experimental, para posteriormente, aplicarlo. Esto tiene distintos propósitos; en primer lugar, pretende aportar una herramienta fiable para la evaluación clínica de la deglución en pacientes neurotípicos, que sea de fácil, rápida y efectiva aplicación. En segundo lugar, se busca concientizar a la población general y profesionales de la salud acerca de la importancia de esta área, y en lo posible, incluirlo en la rutina de evaluación para este grupo de pacientes. Finalmente, se busca aportar a la prevención y promoción fonoaudiológica para los adultos mayores, específicamente relacionado con la disfagia de origen no neurológico en adultos mayores.

Para concretar esta investigación, se realizó una revisión acerca de los diferentes métodos utilizados para el proceso de adaptación de un instrumento de evaluación en salud. Seleccionado el método que proponen Ramada, Serra y Declós (2013), se contactó a profesionales que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión previamente

determinados. A ellos se les informó sobre los lineamientos del estudio y los procedimientos que debían realizar. Se logró reunir a los traductores que llevaron a cabo las dos etapas iniciales, traducción directa y traducción inversa. A partir de esto, se formuló una traducción consolidada del protocolo en el español chileno a través de un comité de expertos, la que posteriormente fue aplicada a modo de pre-test por juicio de expertos, con el objetivo de describir de forma cuantitativa si es posible adaptar el protocolo al español de Chile guardando sus características de aplicabilidad.

Para este estudio, se presenta en primer lugar el marco teórico, donde se definen los términos más relevantes con el fin de contextualizar la investigación. En segundo lugar, se presenta el capítulo de metodología, donde se plantea el problema, se detallan las muestras y los procedimientos llevados a cabo para concretar este estudio. En tercer lugar, se exponen los resultados y con relación a estos, se presenta la discusión en contraste con los supuestos teóricos planteados anteriormente, lo que permitirá responder a la pregunta de investigación. Finalmente, se cierra con las conclusiones que surgen a raíz de este estudio, estableciendo, además, las posibles limitaciones y proyecciones pertinentes en torno a la temática investigativa.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Envejecimiento

Es de gran importancia comprender el envejecimiento, reconociendo los cambios que se producen en la integridad de los adultos mayores y las implicancias que tendrán en los distintos aspectos de su vida. A grandes rasgos, la Organización Mundial de la Salud OMS (2015), se refiere al envejecimiento, o tercera edad, desde un punto de vista biológico, definiéndolo como una consecuencia de los daños orgánicos a nivel celular producto de la senescencia, que conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y psicológicas, que en consecuencia propiciará la aparición de enfermedades. En Chile, según el Servicio Nacional del adulto Mayor, se considera como adulto mayor a la persona que tiene 60 años o más (Sánchez, 2017).

Cabe mencionar que la población cada vez envejece más y el número de adultos mayores incrementa en relación al total de las personas jóvenes. Según los datos entregados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2011) se proyecta que en Chile para el año 2050, 1 de cada 4 sujetos será mayor de 70 años. De acuerdo a los datos más recientes y concretos entregados por el Censo (2012), la población del país es de 16.634.603 habitantes, de los cuales 2.409.312 corresponden a adultos mayores. De este grupo y en relación al género, los hombres son 1.059.725 y las mujeres 1.349.587. Según estos datos, el índice de envejecimiento es de 67,1 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años.

Dicho esto, el envejecimiento genera ciertos declives en el ser humano, donde se evidencian cambios cognitivos, funcionales y habilidades motoras. Los cambios funcionales en los órganos de los sentidos repercuten en el procesamiento de la información, en especial a nivel visual, auditivo, gustativo, olfativo, etc. (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteiza, 2012). De acuerdo a lo anterior, en Chile existe preocupación por la calidad de vida del adulto mayor que contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Datos empíricos han evidenciado que un 56% de adultos mayores señalan sentirse satisfechos con su calidad de vida. Esto se debe a múltiples factores, tales como, la situación económica,

necesidades de atención de salud, necesidades de vivienda, necesidades de alimentación, necesidades de afecto y cariño y necesidades de recreación (León, Rojas y Campos, 2010).

2.2. Modificación del sistema estomatognático y deglución en el adulto mayor

Como se mencionó anteriormente el envejecimiento produce diversos cambios fisiológicos en el adulto mayor, dentro de los cuales se encuentra la deglución. En relación a esto se acuña el término “disfagia no neurológica”. Esto se refiere a los cambios que sufre el mecanismo deglutorio en comparación con sujetos más jóvenes. Entre los cambios que se generan con la vejez y que alteran los mecanismos deglutorios, se puede encontrar: la atrofia o fibrosis de los músculos que ocasionan disminución de la amplitud, velocidad y precisión del movimiento estructural; el contenido adiposo de la lengua aumenta en 2,7% cada década, pudiendo provocar sarcopenia; se reduce la velocidad de descarga de la unidad motora; se produce atrofia y pérdida de las fibras musculares laríngeas y osificación del cartílago laríngeo; y existe disminución de la sensibilidad en la faringe y laringe (Nogueira, 2015).

Para profundizar más en este aspecto, se debe describir la deglución y las etapas que la componen. La deglución es el proceso que hace avanzar el bolo alimenticio y los líquidos desde la boca al estómago. Su función principal es la nutrición del individuo, pero esta debe tener 2 características primordiales, debe ser eficaz y segura, es decir, que la ingestión del alimento no suponga un riesgo para la salud. Esta se produce entre 500 a 2000 veces al día, por lo que es una de las actividades más frecuentes del organismo (Herrera, 2015).

Como señala Cámpora y Falduti (2014), la deglución es una actividad neuromuscular controlada desde los sistemas neurológicos centrales y periféricos, y compromete distintas estructuras musculares, óseas y cartilaginosas. Este proceso es dividido por etapas, donde las dos primeras se encuentran bajo el control cortical voluntario y las dos últimas bajo control automático reflejo. De acuerdo a Campos, Guajardo, Navarrete y Oteiza (2012), estas son:

- Fase preparatoria oral:

Esta etapa es donde se prepara el bolo alimenticio, triturando el alimento y reduciéndolo a partículas pequeñas producto de la acción de la musculatura facial y masticatoria. Esta estructura está compuesta principalmente por los músculos orbiculares de los labios y buccinador que ayudan a sostener el bolo para ubicarse en las arcadas en la posición correcta. Los músculos pterigoideos, temporales y maseteros participan en la trituración del alimento. El nervio trigémino lleva información sensorial desde la lengua al cerebro para informar acerca del lugar, viscosidad, y tamaño del bolo, y así, estimular la secreción de saliva por las glándulas sublinguales, submandibulares y parótidas que están inervadas por fibras motoras parasimpáticas del nervio facial y glossofaríngeo.

- Fase Oral:

Después de la formación del bolo alimenticio, este debe ser trasladado hacia la zona posterior de la cavidad oral, llegando hasta el istmo de las fauces. Esto se produce por el movimiento de la lengua, la cual presiona el paladar duro hacia anterior y traslada el bolo hacia posterior.

- Fase faríngea:

Al llegar el bolo hacia el istmo de las fauces desencadena el reflejo deglutorio. Esto produce la acción de varios músculos controlados por los nervios vago y glossofaríngeo. En primer lugar, la lengua se posterioriza por acción del músculo estilogloso y se eleva hacia el paladar blando por acción del músculo palatogloso. La laringe asciende y la mandíbula desciende por acción de los músculos suprahioides. Luego, se produce el cierre velofaríngeo que junto a la peristalsis faríngea propician el cierre de la nasofaringe.

En esta fase, se protege la vía aérea del paso de líquidos y alimentos a través de tres mecanismos: el posicionamiento de la epiglotis, la elevación de la laringe y el cierre de los pliegues vocales. Para garantizar que no queden residuos en la orofaringe, los músculos faríngeos se tensan, la laringe se eleva y la presión de la orofaringe se aumenta. Además, resulta de vital importancia que ocurra un engrosamiento de las fibras musculares inferiores

constrictoras de la faringe y el músculo cricofaríngeo, denominado esfínter esofágico superior. Esto evita que se produzca la aspiración y protege la vía aérea del reflujo gastroesofágico.

- Fase esofágica:

El esfínter esofágico superior se relaja y continúan los movimientos peristálticos del esófago que permiten el desplazamiento del bolo hacia el estómago. Este proceso es mediado por el nervio vago.

Como se ha visto hasta ahora, el proceso de la deglución se inicia desde el deseo de comer y beber, y se relaciona con el estado energético e hidroeléctrico del cuerpo junto con factores psicosociales. El hipotálamo es el encargado de regular estos parámetros. Los núcleos arcuatos y paraventricular reciben información constante de los polipéptidos y hormonas intestinales y son estimulados o inhibidos según la demanda energética. Así mismo, tienen comunicación con el núcleo lateral que regula la sensación de hambre y el núcleo ventromedial que tiene la función opuesta, es decir, de la saciedad. El núcleo lateral tiene conexión con la amígdala que recoge información del bulbo olfatorio (Cámpora, 2014).

Las aferencias olfatorias terminan en la corteza piriforme y entorrinal lateral y, según algunos datos, sugieren que la corteza orbitofrontal posterolateral obtiene impulsos de la corteza gustativa primaria y actúa como integrador de las señales gustativas, olfativas y visuales asociadas a la ingestión (Cámpora, 2014).

La deglución no se genera por la acción aislada de los músculos, por lo que necesita de una coordinación secuencial precisa, por eso, es regulada por una compleja red funcional. Se describen 5 grupos funcionales formados a su vez por distintas estructuras los cuales están encargados del control cortical de la deglución. Según Cámpora (2014), estas son:

- La corteza motora primaria, sensitiva primaria y suplementaria y circunvolución del cíngulo tienen la función de planificar y ejecutar el acto voluntario de la deglución utilizando información sensitiva e información previamente almacenada.

- La circunvolución frontal inferior, corteza sensitiva secundaria, núcleo de la base y tálamo actúa como integrador sensitivo al comparar información del bolo y de la masticación.
- La corteza premotora y parietal posterior colaboran con la corteza motora primaria, sensitiva primaria y suplementaria, circunvolución del cíngulo en el planteamiento e implementación del acto motor.
- El cerebelo coordina el acto motor final, sincroniza las aferencias sensitivas con las eferencias motoras y regula el tono.
- La ínsula coordina movimientos. Además, cabe destacar que el patrón de activación e inhibición de los músculos deglutorios es asegurado por una red neuronal ubicada en el tronco encefálico que está compuesta por aferencias sensitivas y eferencias motoras, además de interneuronas premotoras.

Como se mencionó anteriormente, la deglución es un proceso que se divide en 4 fases. En base a esto, Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza (2012), señalan que durante el envejecimiento la fase oral de la deglución puede verse afectada por las alteraciones de la dentición que, junto al debilitamiento de los músculos mandibulares, contribuye a dificultar la masticación y la formación del bolo alimentario. Son numerosos los mayores edéntulos o edéntulos funcionales y los portadores de prótesis dentales en los que la atrofia del hueso alveolar impide la adaptación de las mismas. Además, se ha descrito una disminución de la tensión labial que aumenta la dificultad para un correcto sellado bucal y disminución de la presión que se crea entre la lengua y el paladar al momento de deglutir. Por otra parte, con el envejecimiento se produce una disminución de la saliva y en algunos casos se vuelve más espesa. La sequedad de mucosas, que a menudo se extiende desde la boca hasta el esófago, puede interferir en la preparación y flujo del bolo, favoreciendo la retención de restos alimentarios a lo largo de las vías deglutorias. En definitiva, la dificultad se presenta en controlar el bolo alimenticio y lograr la propulsión del mismo, lo que se conoce como estancamiento valedular (Cámpora y Falduti, 2012).

Los primeros signos de anomalías por envejecimiento de la anatomía y fisiología de la deglución pueden comenzar a los 45 años, aunque pueden permanecer asintomáticos, sin embargo, podrían ocasionar una alteración en la nutrición e hidratación funcional. En ciertos casos, estos signos de presbifagia se pueden convertir en disfagia sin existir una enfermedad específica. Algunos factores que modifican la deglución normal con la edad son: debilidad general, disminución de los movimientos verticales máximos del hioides y laringe, disminución del diámetro de la apertura cricofaríngea, aumento de la frecuencia de inspiración después de tragar, incremento de residuos orales y faríngeos, retraso del inicio del reflejo deglutorio faríngeo, disminución de la cantidad de degluciones por minuto, etc. (Nogueira, 2015).

En cuanto a la integridad de la fase orofaríngea y esofágica, esta depende de los cambios en la anatomía de cabeza y cuello y en los mecanismos fisiológicos y neuronales que sustentan la deglución. Según Cámpora y Falduti (2012), la dificultad está en lograr el vaciamiento faríngeo (estancamiento en senos piriformes) y en la disminución del peristaltismo esofágico.

La totalidad de la población geriátrica sufre algún grado de enfermedad periodontal que conlleva a la pérdida de soporte, pérdida de inserción, severos cuadros de movilidad dentaria y finalmente, la pérdida de piezas dentarias (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteiza, 2012). Debido a esto, se pierde el apoyo oclusal provocando una disminución de la capacidad para masticar.

2.3. Disfagia y disfagia de origen no neurológico

El envejecimiento es un proceso inevitable que se acentúa alrededor de los 60 años, generando la necesidad de cambios de hábitos y del accionar de la persona, para así evitar que se reduzca su calidad de vida, y, por ende, que se generen problemas inherentes a este proceso. Uno de los factores que propicia una buena calidad de vida en el adulto mayor es la buena nutrición, lo que requiere que exista un proceso de deglución óptimo. Esto implica que las estructuras que sustentan este proceso estén indemnes. Pese a ello, el proceso de envejecimiento se relaciona con numerosas enfermedades y deterioros que originan diversos cambios estructurales, pudiendo perjudicar la eficiencia del proceso de deglución (Cardoso, 2010a).

La disfagia es una patología que se define como la dificultad de comer y se traduce en la pérdida de la eficiencia del acto de la deglución con distintas consistencias en cualquiera de las fases de esta. El término disfagia para Michael (2016), engloba un deterioro de los actos sensoriales, motores y de la capacidad emocional. Producto de esto, el movimiento de sustancias desde la boca hasta el estómago se ve alterado, lo cual desencadena una disrupción para mantener los procesos de hidratación y/o nutrición que generará finalmente riesgo de asfixia y aspiración.

Según Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza (2012), las causas de la disfagia son variadas, existen neurogénicas como en afecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) (accidente cerebro vascular, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, etc.), del sistema nervioso periférico (SNP) (lesiones quirúrgicas, neuropatías periféricas, etc), de origen neuromotor (miastenia gravis), de procedencia muscular (distrofia miotónica y miopatía metabólica) y de causa anatómica (inflamaciones y neoplasias, divertículo faringoesofágico, etc.).

Dicho esto, la disfagia se manifiesta como un síntoma subyacente a una enfermedad mayor, ya que tiene un alto grado de incidencia en la calidad de vida y en la salud. Según Michael (2016), la principal incapacitante a raíz de la disfagia guarda relación con el deterioro del estado nutricional. Sumado a esto, es frecuente la deshidratación, lo cual puede llevar a un estado de confusión mental y, en consecuencia, dificultar las funciones orgánicas, causando fallas sistémicas o descompensaciones de la deglución. A causa de lo anterior, los niveles de energía se reducen, comprometiendo particularmente el sistema inmune, haciendo de este paciente un sujeto con un alto riesgo de muerte.

Por otro lado, en la disfagia de origen no neurológico, se producen modificaciones en la función deglutoria producto de disfunciones sensoriales, que aparecen de forma progresiva y que pueden afectar el paladar y el olfato. También, el uso de prótesis dentales mal adaptadas o por pérdida de dientes genera una disminución de la producción de saliva y pérdida del tono muscular (Cardoso, 2010b).

Gran parte de los adultos mayores que presentan disfagia de origen no neurológico, parecen estar en un buen estado de salud y no sufren de ninguna enfermedad neurológica aparente. El deterioro orofaríngeo usualmente es insidioso y crónico, aunque pueden existir casos agudos y transitorios. Para entender la deglución en el adulto mayor es necesario diferenciar entre cambios esperables provocados por la senescencia (envejecimiento primario) y cambios causados por enfermedades (envejecimiento secundario). Desafortunadamente, las enfermedades subclínicas, especialmente la enfermedad cerebrovascular, hacen que esta distinción sea difícil (Ekberg, 2012).

La morfodinámica de la deglución se puede medir tomando en cuenta la sincronización y el movimiento de las estructuras anatómicas, la generación de presiones y los movimientos del bolo alimenticio, la cual, en el adulto mayor, puede ser considerada como “menos eficiente” (Ekberg, 2012). El mismo autor evidencia estos aspectos en las distintas fases de la deglución:

Fase Preparatoria Oral/Oral: se ha comparado la presión generada por la lengua durante la deglución en individuos jóvenes y adultos mayores y se comprobó que esta no cambia entre ambos grupos de edad. Sin embargo, con respecto a la fuerza máxima que pueden ejercer con la lengua, esta es mucho mayor en individuos jóvenes que en individuos adultos mayores. Se ha observado también que la presión peristáltica lingual disminuye con la edad.

Fase Faríngea/Esofágica: se presentan problemas con la dirección del bolo, en los músculos constrictores de la faringe y con el segmento faringoesofágico.

El autor señala que existen desviaciones en la dirección del bolo hacia el esófago, lo cual puede provocar que parte de este se introduzca en las vías respiratorias. Esto se puede explicar, primero, por interrupciones en el secuenciamiento entre la ingestión del bolo, la entrega, la propulsión y el cierre laríngeo. Otro hallazgo importante es la incapacidad de contener el bolo durante la ingestión, debido a que los movimientos linguales son discinéticos o desorganizados, perjudicando el cierre glosopalatal; otra causa probable es que no exista actividad oromotora destinada a contener el bolo cuando ya ha sido ingerido y, por último, puede existir una desviación del bolo alimenticio debido a una disociación transicional, lo que significa que el bolo es posicionado en el lugar y tiempo incorrecto.

En relación a esto, el incorrecto cierre de las vías respiratorias al deglutir en los adultos mayores genera penetraciones o aspiraciones, que conlleva a neumonía. Se comprobó que las aspiraciones aparecen debido a disfunciones en la fase oral en un 50% de las veces, un 30% por disfunciones en la fase faríngea y un 20% por disfunciones en ambas fases a la vez (Ekberg, 2012). A consecuencia de esto es probable la pérdida de peso, la distorsión del gusto (disgeusia) (trastorno en el sentido del gusto) pudiendo desencadenar el aumento de infecciones oportunistas y la malnutrición, Cabe destacar que la mortalidad en estos casos es próxima al 45% (Borda, Cano, Chavarro, Patino y Venegas, 2016).

Con respecto a los problemas que se generan en los músculos constrictores de la faringe, Ekberg (2012) señala que la amplitud y duración de las ondas de presión peristáltica son significativamente mayores en adultos mayores que en jóvenes, cambios que podrían considerarse como positivos, pero que, sin embargo, son considerados como respuestas compensatorias debido a una menor área transversal de apertura del segmento faringoesofágico.

Finalmente, el segmento faringoesofágico sufre modificaciones en su funcionamiento, siendo este más débil. Ekberg (2012) menciona que se ha comprobado que un 75% de casos de aspiración son generados por contracciones faríngeas ineficientes, lo que refleja una debilidad a nivel faríngeo.

2.4. Evaluación de la deglución

Resulta necesario evaluar la deglución, con el fin de caracterizar el proceso deglutorio en los sujetos. Para esto, existen diversos métodos, los cuales pueden ser instrumentales o clínicos, siendo posible complementarlos, dependiendo de las herramientas con las que se cuentan, de la experiencia del evaluador y la disposición que presente el paciente (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteiza 2012).

La evaluación clínica, también denominada “examen de cabecera”, tiene como objetivo determinar si existe una disfagia, además de planificar un plan de rehabilitación y evaluar los resultados del tratamiento. Esta evaluación cuenta con una sección de anamnesis enfocada a la deglución, estructuras anatómicas y funcionalidad implicadas en la deglución, y finalmente, la evaluación de sensibilidad y reflejos. Además, es importante una prueba de alimentación oral para evaluar la fase preparatoria oral, oral y faríngea (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteiza 2012).

Por otro lado, están las pruebas instrumentales, que sirven para evaluar directamente la deglución. Estas según Campos, Guajardo, Navarrete y Oteiza (2012), son:

- El examen dinámico radiológico, el cual se realiza mediante video-radiografía o videofluoroscopia. Este tipo de examen permite visualizar las distintas fases de la deglución, incluso visualizar las penetraciones laríngeas. Se utilizan principalmente para hacer un seguimiento de evolución del paciente, además de determinar la naturaleza y gravedad del trastorno.
- La laringoscopia directa permite analizar las estructuras a nivel de laringe y faringe. Se puede observar el cierre epiglótico, del velo del paladar, el reborde faríngeo y los pliegues vestibulares. Además, se pueden apreciar restos de comida por aspiraciones en caso de haber disfagia.
- Finalmente, la fibrolaringoscopia que permite evaluar otras estructuras como la elevación del velo del paladar, la contracción faríngea y la eficacia de los mecanismos

protectores de la faringe. También tiene una versión que permite evaluar la sensibilidad laríngea.

2.4.1. Autopercepción y autoevaluación de la salud en el adulto mayor

Como complemento a las pruebas instrumentales mencionadas anteriormente, se utiliza la autopercepción, la cual según Bolívar y Rojas (2014) se define como el conocimiento de los pensamientos y sentimientos que se tiene sobre sí mismo. Por otra parte, Cerquera, Flórez, Linares (2010) la establecen como la percepción de sí mismo en el sistema de atributos físicos que caracteriza al sujeto, incluyendo una evaluación en forma de aceptación o rechazo. Otro concepto que va de la mano con el anterior es la autoevaluación, esta es definida por la RAE (2017) como la evaluación que alguien hace de sí mismo o de algún aspecto o actividad.

El sujeto presenta una necesidad de evaluación constante sobre su estado de salud. Cerquera, Flórez, Linares (2010) establecen una relación entre calidad de vida, autopercepción, autoevaluación y salud, por esto se hace necesario establecer instrumentos de autopercepción que sean válidos, confiables y que aporten evidencia empírica con base científica para el proceso de toma de decisiones en salud.

Según los mismos autores, la autopercepción del adulto mayor en la salud está regulada por la cantidad de enfermedades que presente el sujeto; este indicador es considerado como una herramienta útil para determinar el estado de salud de la persona, predecir sus necesidades y organizar un plan terapéutico. Se debe mencionar que se requiere un control de su propia percepción, ya que se han encontrado tendencias a la sobreestimación del estado de salud real y en especial en el género femenino. Por lo tanto, la autopercepción es considerada uno de los principales bienes que tiene el ser humano en la arista de salud, ya que propicia una base en el diagnóstico, asimismo, la autopercepción en el adulto mayor debe aumentar su afinidad para propiciar un aumento en la calidad de vida.

2.5. Rol del fonoaudiólogo en el manejo de la disfagia de origen no neurológico

Como se vio anteriormente, existen distintas formas de evaluar la deglución en los adultos mayores, en base a esto es importante otorgar atención de varios especialistas de la salud, entre los cuales cobra gran importancia el fonoaudiólogo. Esta atención comprende varios aspectos, entre estos, los trastornos del habla, de audición, de voz, alteraciones en la memoria y del proceso de alimentación (Richinitti, Borges y García, 2015). Según Vega, Torres y del Campo (2017), los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas están capacitados para emprender labores de prevención, promoción y tamizaje en pro de la calidad de vida de los usuarios, promoviendo prácticas de vida saludable y fomentando la prevención de otros trastornos.

Furque, Ramírez y Rodríguez (2011), señalan que el fonoaudiólogo interviene cuando ya se establece una patología y/o trastorno, aplicando técnicas terapéuticas con el fin de lograr la funcionalidad del sujeto. Como menciona Figueroa, Iturra, Matus y Muñoz (2015) el fonoaudiólogo es quien evalúa, previene y rehabilita a los usuarios con alteración funcional o estructural en las regiones craneofacial y cervical, ayudando a mejorar la masticación y la deglución. Las quejas más frecuentes que se presentan en las consultas fonoaudiológicas en el área de deglución al atender adultos mayores neurotípicos son dificultades en el corte del alimento, problemas masticatorios y de deglución (Richinitti, Borges y García, 2015).

2.6. Calidad de vida: prevención y promoción asociada a la disfagia de origen no neurológico

Como se vio anteriormente, la disfagia de origen no neurológico produce diferentes alteraciones en la calidad de vida del adulto mayor, por esto es importante indagar en qué consiste esta. Según la OMS (1996), calidad de vida es la percepción que el individuo tiene sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en relación a sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto de gran envergadura, donde abarca elementos tales como la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de

autonomía, sus interacciones sociales y su vínculo con los componentes esenciales de su ambiente (Galleguillos, 2015).

Como señala Méndez (2015) la alimentación es un factor importante para la calidad de vida del sujeto, y al verse alterada la capacidad de poder comer de forma segura y placentera trae consigo repercusiones en la salud y estado emocional. Esto predispone al adulto mayor al aislamiento. Según Grober y Crary (2016), las interacciones sociales giran en torno a la ingesta oral de alimentos y líquidos, esta misma es una actividad placentera para la mayoría de la gente. Cuando existe una alteración en la deglución se propicia la depresión, el aislamiento, problemas económicos debido a que no consumen comida corriente y debe ingerir alimentos dietéticos especiales.

Uno de los ejes principales de la atención primaria en salud es la promoción, la cual es definida en la primera conferencia internacional de salud (OMS, 1986) como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así mejorarla”. Actualmente es uno de los focos de las políticas públicas en relación al manejo de las necesidades de salud de los adultos mayores en Chile, siendo parte de la respuesta social organizada propuesta por el MINSAL (2014).

Existen pocas instancias de promoción a nivel nacional relacionadas con las dificultades deglutorias, es más, la evaluación de la deglución no está incluida dentro del control rutinario de adultos mayores (Tapia, Tobar y Toledo, 2017). Por el contrario, su evaluación y tratamiento son parte del catálogo de prestación de salud 2017 de FONASA, y asimismo constituyen procedimientos obligatorios de la Guía de Garantías Explícitas de Salud (GES) para el manejo del paciente con accidente cerebrovascular. Una de las prácticas de promoción con respecto a los problemas deglutorios es el mes internacional de la disfagia, fecha en la que se pretende generar conciencia y educación acerca de las consecuencias de esta alteración, promoviendo el diagnóstico temprano que permita evitar posibles secuelas

2.7. Proceso de adaptación de instrumentos de evaluación en salud

A nivel nacional, no se observa un reconocimiento sobre la importancia que tiene este trastorno deglutorio y sus consecuencias, siendo además una condición escasamente diagnosticada. Tampoco es una prestación que actualmente esté vigente en el sistema de salud a nivel público y privado. Finalmente, los exámenes que aportan al diagnóstico y al tratamiento, como la videofluoroscopia, aún son de difícil acceso para la población general (Tapia, Tobar y Toledo, 2017). Durante el desarrollo de la actividad clínica es posible obtener información sobre los pacientes mediante la utilización de diferentes fuentes, una de ellas es la administración de instrumentos de evaluación que intentan objetivar mediante procesos de exploración verbal los aspectos más intangibles del sujeto y su enfermedad (Gaite, L y Vásquez-Barquero, J., 1997).

Estos instrumentos de evaluación pueden ser traducidos y adaptados desde otros idiomas, para esto se deben someter a ciertos procedimientos metodológicos que garantizan un producto final fiable. Según Ramada, Serra y Declós (2013), estos procedimientos se dividen en dos fases, la primera corresponde a la traducción y adaptación cultural, que consiste en traducir la herramienta partiendo de su versión original y procurando mantener la estructura del cuestionario. El objetivo es conseguir que el instrumento resultante mantenga la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experiencial con el cuestionario original. Esta contempla las siguientes 5 etapas: traducción directa, síntesis de traducción, traducción inversa, consolidación de un comité de expertos y pre-test. En cuanto a la segunda fase, que corresponde a la validación, evalúa la fiabilidad y la validez del instrumento. A continuación, se describirán con detalle cada una de las etapas de la traducción y adaptación cultural:

1. Traducción directa: consiste en una traducción conceptual del instrumento, donde participan dos traductores bilingües independientes, cuya lengua materna sea el idioma de destino. El primero debe conocer los objetivos y los conceptos técnicos de este, teniendo experiencia previa en la traducción técnica de textos.

El segundo no tendrá conocimientos previos sobre el cuestionario, desconociendo los objetivos del estudio.

2. Síntesis de traducciones: en esta etapa los traductores deben comparar ambas versiones, para discutir las discrepancias entre las versiones traducidas hasta alcanzar el consenso. En el caso de que no exista consenso, se requerirá la participación del equipo de investigación. Finalmente, se obtendrá como resultado una única traducción.
3. Traducción inversa: la traducción resultante de la etapa anterior será retrotraducida a su idioma original al menos por dos traductores profesionales bilingües cuya lengua materna sea la del cuestionario original. Los traductores trabajarán de forma independiente y no tendrán conocimientos sobre el estudio ni del objetivo del mismo. Se determinará si la traducción ha dado lugar a diferencias semánticas o conceptuales importantes entre el cuestionario original y la versión de síntesis. Todo lo anterior se recopilará en un informe.
4. Consolidación por un comité de expertos: se recomienda constituir un comité con el objetivo de llegar a un único cuestionario consolidado prefinal adaptado al idioma de destino. Este comité tendrá a disposición las traducciones de las 3 etapas anteriores. Se garantizará que la versión prefinal, sea absolutamente comprensible y equivalente al cuestionario final. Por último, se elaborará un informe que sintetice las decisiones del comité, incluyendo la versión consolidada.
5. Pre-test (aplicabilidad / viabilidad): su realización permitirá evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad del cuestionario. Se recomienda la realización del pre-test con participantes de distintos niveles educativos y, si se trata de cuestionarios de autoaplicación, los participantes deberán saber leer y comprender lo leído. Se solicitará a los participantes que llenen la versión consolidada y, mediante una entrevista estructurada, se les invitará a comentar cualquier aspecto que haya resultado difícil de entender. Al final, se realizará un informe donde se identificarán las

posibles dificultades en la comprensión de las instrucciones del cuestionario, las preguntas y las opciones de respuesta.

2.8. Protocolo de entrevista Adaptado de SUZUKI (1997) e JUNQUEIRA (1998) por de Freire, R., De Freitas, A., Lins, E., Jordão, T., Da Silva, H., y Da Cunha, D.

Este cuestionario fue elaborado con la finalidad de reconocer las adaptaciones en la masticación, deglución y fonoarticulación en adultos mayores que pertenecen a instituciones de larga permanencia. En aquel estudio, la muestra se obtuvo en una institución en la ciudad Jaboatao dos Guararapes, donde residían 129 adultos mayores, de los cuales se consideraron 34 individuos, todos mayores de 65 años y que cumplían con los criterios de inclusión. Esta pauta evalúa principalmente los datos sobre su salud actual, factores asociados, datos sobre su alimentación actual, quejas sobre el proceso de alimentación-masticación, quejas sobre el proceso de alimentación-deglución, quejas sobre la fonoarticulación, donde además incluye la evaluación de las estructuras estomatognáticas en lo que se refiere a morfología, postura y tonicidad: labios, lengua, mejillas, dientes, prótesis, paladar duro, paladar blando. Finalmente, se evalúan las funciones estomatognáticas: masticación, deglución y articulación.

2.9. Estado del arte

Gran parte de los adultos mayores no refieren dificultades relacionadas a la deglución, debido a que síntomas leves, tales como; tos eventual, dificultad en la masticación e irritación faríngea, son factores considerados por ellos como parte del proceso natural de envejecer, colaborando a que no haya una queja específica relacionada a la alteración del proceso de deglución (Cardoso, Teixeira, Baltezan y Olchik, 2014).

Cardoso *et al.*, (2014) en su estudio realizado a una muestra de 23 adultos mayores con una institucionalización promedio de 3 años, determinaron la presencia de alteraciones en el

sistema miofuncional orofacial, específicamente en los labios, lengua y dientes en un 60% y una tonicidad reducida en el 73% de los evaluados. También declaran que la alteración deglutoria más prevalente es la disfagia de origen no neurológico, encontrada en un 82,6% de los adultos mayores. Además, aporta que el 27% de la muestra presentan quejas en relación a su deglución, y que la ausencia de quejas puede ser explicadas por el grado de alteración que presentan los adultos mayores; en cuanto mayor sea éste, mayor será la percepción del problema y, por consiguiente, mayor será el impacto en la calidad de vida.

Otro estudio realizado en Chile, logró cuantificar la prevalencia de disfagia de origen no neurológico en una población institucionalizada, la que corresponde al 50% de la muestra, a la que también se le aplicó un cuestionario de calidad de vida para la deglución (SWAL-QOL). En los resultados no se evidencia relación significativa entre las variables disfagia de origen no neurológico y calidad de vida, de hecho, según el estudio se podría afirmar que los sujetos con disfagia de origen no neurológico poseen una percepción de calidad de vida mejor que los sujetos sin disfagia de origen no neurológico y considera que la conformidad en cuanto a las condiciones en las que viven actualmente puede influir en sus respuestas a la hora de evaluar su calidad de vida. Cabe destacar que la población escogida para este estudio es perteneciente al Hogar de Cristo, una institución que acoge a personas en situación de calle (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteíza, 2012).

Para Polo (2011), la disfagia de origen no neurológico puede tener importantes repercusiones en la calidad de vida de las personas que la padecen, afectando a su estado emocional y de relaciones sociales. La autora menciona que, a la hora de la comida, el paciente tiende a aislarse y a experimentar sensación de incomodidad, lo que puede conducir a una disminución de la autoestima. La misma investigación destaca la importancia de la detección precoz y la evaluación de las alteraciones de la deglución en la intervención en la disfagia de origen no neurológico mediante exploraciones avanzadas. Siguiendo con lo anterior, la detección precoz o el cribado es útil para identificar pacientes con problemas potenciales de disfagia no neurológica, mientras que la evaluación especializada ayuda a determinar la gravedad, el tipo y el pronóstico de las alteraciones de la deglución, ayudando a planificar un programa de manejo y rehabilitación. Para abordar estos problemas deglutorios se han descrito en la literatura dos tipos de métodos, los no invasivos, basados en la historia clínica y en los signos y síntomas del paciente, y las técnicas exploratorias instrumentales (Polo, 2011). Las

técnicas exploratorias instrumentales se consideran en la actualidad el “Gold standard” para el estudio de la disfagia de origen no neurológica y también para la identificación de aspiraciones silentes. Además, se emplean como medidas de control de las diversas pruebas no invasivas y son de amplia aplicación en numerosos estudios sobre la fisiopatología de la deglución. Las más utilizadas son la videofluoroscopia y la fibroendoscopia (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing, FEES). No obstante, la alta prevalencia de disfagia en personas vulnerables, la diversidad de entornos donde pueden encontrarse y las condicionantes limitantes en los mayores hace inadecuada la aplicación sistemática de estos métodos en todos los pacientes, por lo que se utilizan fundamentalmente en el proceso de evaluación minuciosa de la disfagia de origen no neurológico, cobrando una especial relevancia los procedimientos no instrumentales en el tamizaje de la misma (Polo, 2011).

Se encontró sólo un artículo donde se aplica un método de exploración estandarizada en la etapa de detección precoz, en una población de 244 adultos mayores, de 78 años promedio, institucionalizados y sin sospecha de padecer disfagia. La herramienta utilizada fue el MECV-V (volumen-viscosidad). En este estudio, Serra-Prat, Hinojosa, López, Juan, Fabre, Voss, Calvo, Marta, Ribó, Palomera, Arreola, Clavé (2011), señalan que los signos de alteración de la eficacia estuvieron presentes en el 20.5% de los individuos y en relación a la seguridad un 15.4%, de la población total. Al contrastar estos datos con una muestra con riesgo de disfagia, Silveira, Domingo, Montero, Osuna, Álvarez, Serra-Rexach (2011), encontraron que un 65% presentó un trastorno mixto de deglución, un 33% un trastorno aislado de eficacia y un 2% un trastorno aislado de seguridad, habiendo aplicado el mismo método exploratorio.

En la población mayor en la que no se sospecha disfagia, se presenta una alta prevalencia de alteraciones de la deglución, que podrían conllevar desnutrición, broncoaspiración y aumento de neumonías. Los cambios que se producen con el envejecimiento en la fisiología de la deglución posiblemente no tengan repercusiones en situaciones normales, pero sí ante factores de estrés, ya sea por una enfermedad aguda o por la polifarmacia, que conlleven a que el control de la deglución sea menos eficaz. Por otra parte, existen sujetos que, a pesar de sufrir atragantamiento frecuente, no otorgan la relevancia a esto y otros casos, donde los sujetos son anosagnósticos del problema o sufren de alteraciones clínicamente silente. En el trabajo anteriormente citado de Silveira, se detectó una prevalencia de disfagia no neurológica del 26% mediante anamnesis dirigida, mientras que con el MECV-V fue del 53,5%. Igualmente, la

aplicación sistemática de videofluoroscopia demuestra alteraciones en la deglución en los mayores no identificados en la observación clínica (Polo, 2011).

A lo largo de los últimos años, se ha demostrado que los métodos de tamizaje condicionan un importante beneficio para la población de adultos mayores. La presencia de una alta tasa de alteraciones de la deglución en pacientes mayores no diagnosticados de disfagia y con problemas clínicos que aparentemente no la predisponen, se suma al contraste hecho por Polo (2011) con la identificación de la disfagia de origen no neurológico mediante el juicio clínico con un método estandarizado, hace evidente según la misma investigación, que la evaluación clínica no se correlaciona eficientemente con la presencia del problema, por lo que sería necesario implementar un procedimiento de tamizaje en las personas mayores mediante procedimientos estandarizados sencillos que no requieren el consumo de grandes recursos.

3. METODOLOGÍA

3.1. Planteamiento del problema

3.1.1. Pregunta de investigación

¿El protocolo de Freire, R., De Freitas, A., Lins, E., Jordão, T., Da Silva, H., y Da Cunha, D. (2009), para la autoevaluación de disfagia de origen no neurológico en el adulto mayor, conserva sus características de aplicabilidad al ser adaptado al español de Chile?

3.1.2. Objetivo del Estudio

Como objetivo general de este estudio, se pretende adaptar al español de Chile el protocolo de auto-evaluación de Freire *et al.*, 2009. para la disfagia de origen no neurológico en adultos mayores.

3.1.3. Justificación

La evidencia en los últimos 8 años ha demostrado que la condición del envejecimiento trae consigo diferentes modificaciones a nivel orgánico, que pueden provocar la degeneración de ciertas funciones tal como lo es la deglución (Cámpora y Falduti, 2012). Estos cambios implican un hándicap que puede producir problemas alimenticios, nutricionales, respiratorios y sociales, entre otros. Es por ello que resulta de gran importancia considerar dentro de la evaluación de este trastorno la percepción que tiene el propio adulto mayor acerca de su proceso de alimentación, y en específico, de la deglución, la cual está incluida en el protocolo adaptado.

La adaptación del protocolo de Freire *et al.*, 2009. de auto-evaluación de la disfagia de origen no neurológico en adultos mayores sanos resulta una oportunidad de contar con un instrumento que evalúe la autopercepción en la presbifagia, puesto que en el proceso de recopilación de información no se encontró evidencia de la existencia y/o adaptación de pruebas que evalúen la autopercepción del adulto en relación a las condiciones previas a la disfagia, y

las pautas de evaluación encontradas tras la revisión bibliográfica entre los años 2010-2017 en su mayoría están orientadas a un modelo clínico, específicamente para evaluar la disfagia de etiología neurológica,. Este instrumento resulta en un aporte concreto en cuanto a la detección oportuna y derivación pertinente, beneficiando a los usuarios en relación al manejo de esta. Además, al caracterizarse por ser breve y de fácil aplicación, es accesible para todos los profesionales del área de la salud que se desenvuelven en el área geriátrica.

3.1.4. Viabilidad

Este proyecto es viable, ya que se tiene acceso a profesionales de la salud que se desenvuelven tanto en la población geriátrica como en el área de deglución en adulto mayor, además de profesionales que dominan el idioma portugués para la traducción directa, traducción inversa, conciliación y pretest, los cuales facilitarán esta adaptación al español de Chile. Sumado a lo anterior, no se requieren recursos económicos relevantes en cuanto a materiales y se dispone del protocolo de autoevaluación brasileño de Freire *et al.*, 2009 y la disposición de profesionales expertos que colaborarán con la investigación.

3.1.5. Deficiencia en el conocimiento

De acuerdo a la información recabada, existe a nivel nacional un escaso número de protocolos o cuestionarios de autoevaluación orientados a evaluar la percepción que tienen los adultos mayores acerca del impacto que tiene la disfagia de origen no neurológico en su calidad de vida. En este mismo contexto, no se han hallado hasta la fecha protocolos adaptados y validados al español de Chile y cuyo objetivo sea el antes señalado.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general

Adaptar al español de Chile el protocolo de auto-evaluación de Freire *et al.*, 2009. para la disfagia de origen no neurológico en adultos mayores.

3.2.2. Objetivos específicos

1.- Efectuar el proceso de traducción directa desde el portugués al español de Chile del protocolo de Freire *et al.*, 2009. de auto-evaluación para disfagia de origen no neurológico en adultos mayores.

2.- Realizar el proceso de traducción inversa del español chileno al idioma de origen del protocolo de Freire *et al.*, 2009. de auto-evaluación para disfagia de origen no neurológico en adultos mayores.

3.- Efectuar la consolidación de la versión traducida del protocolo de Freire *et al.*, 2009. de auto-evaluación para disfagia de origen no neurológico en adultos mayores por un comité de expertos.

4.- Desarrollar el proceso de pre-test del protocolo ya adaptado.

3.3. Tipo de estudio

3.3.1. Enfoque

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo. El enfoque cuantitativo según Hernández, Fernández y Baptista (2010) utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, esto en base a la medición numérica y el consiguiente análisis estadístico, para así establecer patrones de comportamiento y comprobar teorías. Este enfoque es secuencial y probatorio, en

donde cada una de sus etapas son secuenciadas, no se puede eludir ninguno de sus pasos ya que el orden es riguroso. Se parte de una idea, la cual se va acotando y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación para finalmente construir un marco o una perspectiva teórica en base a la literatura. De las preguntas se establecen hipótesis y en base a la información obtenida, estas hipótesis son comprobadas o refutadas.

En el caso del presente estudio, la información acerca de cada procedimiento de la adaptación del protocolo, se recabó mediante pautas con respuestas cerradas que arrojaron información numérica y cuantificable.

3.3.2. Alcance

La investigación tiene un alcance descriptivo como señala Hernández, Fernández y Baptista (2010):

El alcance descriptivo busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (p.80).

Esta investigación tiene este alcance, ya que se describieron los hallazgos recopilados a partir de la apreciación del comité de expertos y de los expertos que participaron en las distintas etapas de la adaptación del protocolo.

3.3.3. Diseño

La investigación posee un diseño no experimental. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) este es definido como un tipo de investigación en donde no se manipulan las variables, es decir se observan los fenómenos en su contexto, para así analizarlos posteriormente.

Es un estudio no experimental ya que no se generó ninguna situación, sino que se observaron situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. Solo se observó el contexto natural en que los sujetos se desarrollaron, en este caso, al momento de responder el formato para evaluar las traducciones y la pauta de preguntas cerradas para el juicio de expertos.

Además de ser un diseño no experimental es transversal descriptivo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) los datos son recolectados en un momento y un tiempo único, todo en función de describir variables y analizar la incidencia e interrelación en un momento definido.

En esta investigación la recopilación de información que entregó el comité de expertos y el juicio de expertos sucedió en un tiempo determinado, y se describió todo lo que ocurrió en dicho momento.

3.4. Población

1. Comité de expertos compuesto por fonoaudiólogos que manejen español chileno y el portugués
2. Juicio de expertos compuesto por profesionales del área de la salud que se desempeñen en área de geriatría

3.5.1. Muestra 1:

Muestra 1: Comité de expertos profesionales fonoaudiólogos que manejen el español chileno y el portugués, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Tipo de muestra y diseño de muestreo:

Este estudio tiene un muestreo no probabilístico. Según Espinoza (2016) el muestreo no probabilístico es aquel en el que no se conoce la probabilidad que tienen los diferentes elementos de la población de estudio de ser seleccionado para la investigación.

El estudio es no probabilístico, debido a que cada experto profesional fonoaudiólogo estuvo sujeto al cumplimiento de los criterios de inclusión y además será un muestreo por selección experta ya que son los investigadores quienes toman la muestra seleccionando los elementos que les parece representativos.

Tamaño de la muestra:

Un profesional que conforme el comité de expertos.

Criterios de Selección de la muestra:

Criterios de inclusión:

- Ser profesional fonoaudiólogo.
- Ser bilingüe (portugués de Brasil – español de Chile)
- Tener al menos 5 años de experiencia profesional.
- Ejercer actualmente en un centro clínico.

Criterios de exclusión:

- Que no tenga experiencia en trabajos de investigación.

3.5.2. Muestra 2:

Expertos profesionales del área de salud que se desempeñen en el área de geriatría, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Tipo de muestra y diseño de muestreo:

Este estudio tiene un muestreo no probabilístico. Según Espinoza (2016) el muestreo no probabilístico es aquel en el que no se conoce la probabilidad que tienen los diferentes elementos de la población de estudio de ser seleccionado para la investigación.

El estudio es no probabilístico, debido a que cada experto profesional del área de la salud estuvo sujeto al cumplimiento de los criterios de inclusión y además será un muestreo por selección experta ya que son los investigadores quienes toman la muestra seleccionando los elementos que les parece representativos.

Tamaño de la muestra:

8 profesionales que conformen el juicio de expertos.

Criterios de Selección de la muestra:

- **Criterios de inclusión:**

- Ser profesional de la salud que se desempeña en el área geriátrica.
- Tener al menos 5 años de experiencia en el área geriátrica.
- Ejercer actualmente en un centro clínico.

- **Criterios de exclusión:**

- Que no tenga acceso a pacientes mayores de 65 años.
- Que todos sus pacientes presenten enfermedades neurodegenerativas, ACV o disfagia previa.

3.6. Variables: Operacionalización de variables.

Tabla N°1: Instrumento para evaluar proceso de traducción, retrotraducción y consolidación.

Indicador	Definición conceptual	Operacionalización
Diferencia	Cualidad o accidente por el cual algo se distingue de otra cosa (RAE, 2017).	No:1 Sí: 0

Tabla N°2: Instrumento para evaluar pretest.

Dimensión 1: Dificultad de la autoevaluación		
Indicador	Definición conceptual	Operacionalización
Reparación	La reparación se define según la RAE (2017) como el acto literario y ejercicio que hacían en las	No:1 Sí: 0

	escuelas los estudiantes, diciendo la lección, y en algunas partes, arguyendo unos a otros.	
Lenguaje coloquial	El lenguaje coloquial es definido por Camacho (2007) como un lenguaje informal, espontáneo, familiar, cotidiano, conversacional, o hablado.	No:1 Sí: 0
Explicación de concepto	La RAE (2017) lo define como la representación mental asociada a un significante lingüístico.	No:1 Sí: 0
Ejemplificar	El término ejemplificar, según la RAE (2017), se define como demostrar o autorizar con ejemplos	No:1 Sí: 0
Modelo	La RAE (2017) lo define como una representación en pequeño de alguna cosa.	No:1 Sí: 0
Exhaustivo	La RAE (2017) lo define como: que agota o apura por completo.	No:1 Sí: 0
Dimensión 2: Percepción del profesional experto		
Útil	La RAE (2017) lo define como: que puede servir y	No:0 Sí: 1

	aprovechar en alguna línea.	
Vida laboral	La vida laboral según Granados (2011) se define como actividad que desarrolla una persona en una empresa o institución	No:0 Sí: 1
Modificar	El término de modificar se define como, según RAE (2017) Transformar o cambiar algo mudando alguna de sus características	No:0 Sí: 1
Parámetro	Parámetro se define según la RAE (2017) como un dato o factor que se toma como necesario para analizar o valorar una situación.	No:0 Sí: 1
Agregar	El término de agregar se define como, según RAE (2017) añadir algo a lo ya dicho o escrito.	No:1 Sí: 0
Quitar	Según la RAE (2017) se define como despojar o privar de algo	No:1 Sí: 0.

3.7. Instrumento:

Para el comité de expertos se utilizó una pauta para evaluar la traducción resultante de las primeras dos etapas. Este consta de la variable diferencia, siendo esta de respuesta dicotómica (sí y no) para cada una de las preguntas del protocolo.

Para el pretest en que se llevó a cabo un juicio de expertos, se utilizó una pauta con doce preguntas cerradas elaboradas con un formato de respuesta dicotómica (sí y no). Este instrumento fue elaborado por el grupo tesista y fue validado por tres fonoaudiólogos pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe. La pauta constó de dos dimensiones, la primera correspondió a “complejidad de la autoevaluación”, que contempló las variables: reparaciones, lenguaje coloquial, explicación, ejemplificación, uso de un modelo anatomofisiológico de referencia, exhaustivo. La segunda dimensión, se refería a “percepción del profesional experto”, y estuvo conformada por las variables: útil, vida laboral, modificar, parámetros, agregar, quitar.

3.8. Técnica de obtención de información

Se utilizaron dos instrumentos para recopilar la información que obedecen a la técnica de autoadministrado descrita por Hernández, Fernández y Baptista (2010). De esta forma, los expertos debieron responder a los instrumentos entregados a ellos vía correo electrónico. Luego, los resultados fueron enviados al grupo investigador por el mismo medio.

3.9. Procedimientos:

Los procedimientos que abordó el presente estudio se pueden dividir en cuatro etapas, estas fueron: traducción directa, traducción inversa, consolidación y pre-test. Para la primera etapa se contactó a un profesional fonoaudiólogo, el cual dominaba ambos idiomas (español-portugués) y a quien se le envió el protocolo de autoevaluación brasileño de Freire *et al.*, 2009. con el fin de que fuera traducido. Este no tuvo conocimientos previos sobre el protocolo y solo se le especificó que la traducción debía ser por equivalencia conceptual, es decir, que se debía mantener la correspondencia de palabras de una lengua a otra, y debía aludir al contenido semántico y contextual, para así no perder su verdadero propósito clínico. Al final de esta etapa, el profesional entregó la versión traducida.

Posteriormente, se llevó a cabo la etapa de traducción inversa del español chileno al portugués de Brasil, la cual fue realizada por un profesional fonoaudiólogo bilingüe, cuya lengua materna era el portugués. Además, desconocía la versión original del protocolo. Al realizar la traducción inversa el traductor identificó las incongruencias semánticas y redacciones difíciles de comprender encontradas durante el proceso y si esto dió lugar a diferencias semánticas o conceptuales importantes entre el protocolo original y la versión obtenida.

A continuación, se realizó el proceso de consolidación, que consistió en que el profesional tuvo a disposición la traducción directa, la traducción inversa y la versión original. Este identificó las discrepancias encontradas y se aseguró que la versión resultante fuera comprensible y equivalente al protocolo original. En la última etapa de pre-test, la versión consolidada del protocolo fue aplicada por un grupo de expertos, con el objetivo de evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y viabilidad del mismo. Los profesionales debieron entregar el protocolo al menos a tres de sus pacientes. Estos pacientes debían cumplir ciertas características, entre ellas estaban: tener una edad sobre 60 años, no presentar alguna patología neurodegenerativa y no tener un diagnóstico de disfagia. Por otra parte, se les entregó una pauta que permitió recopilar información acerca de las dificultades en la comprensión de las instrucciones del protocolo, las preguntas y, también, sugerencias en cuanto a la viabilidad

de la aplicación en la población adulta mayor en Chile. Esta última pauta fue revisada por tres profesionales docentes fonoaudiólogos de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

Después de dicha aplicación, la información recabada fue ordenada y organizada en una plantilla Excel 2016 y se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas las cuales consisten en: tablas, gráficos de barra y circular.

3.10. Materiales:

- Macbook Pro.
- Hp Pavilion x360.
- Acer Aspire Switch 10.
- Iphone X.
- Samsung S9.
- Moto X5 Edge.
- Lápiz pasta.
- Resma tamaño carta de 500 hojas.
- Impresora Multifuncional HP Ink Tank 415

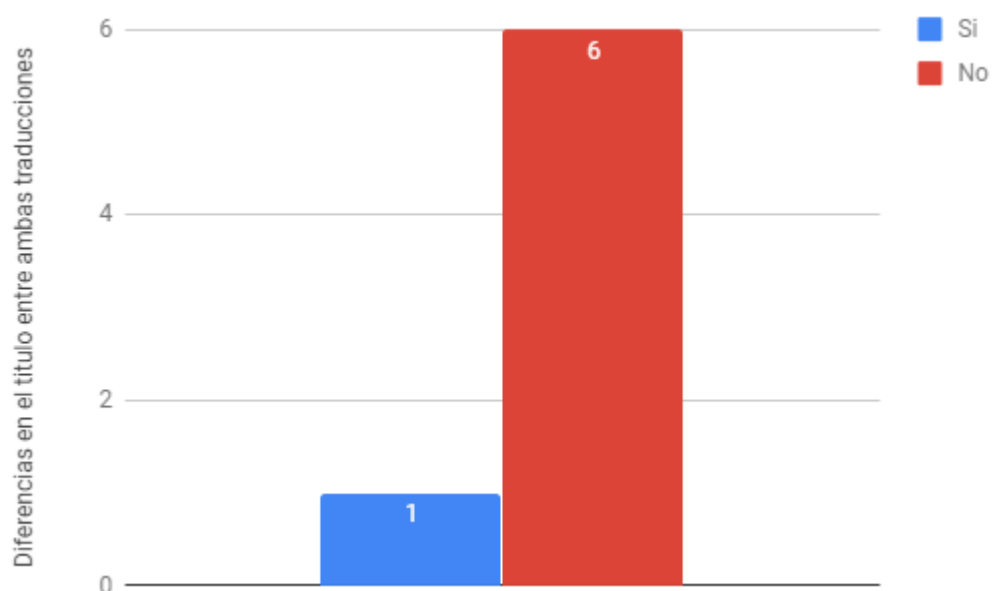
4. RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos en las etapas de la investigación correspondiente al proceso de consolidación y juicio de expertos, los que se obtuvieron mediante herramientas confeccionadas por el equipo tesista, específicamente para ambas etapas. Los resultados obtenidos a través de estas herramientas serán exhibidos en este apartado mediante gráficos. Primero, se enseñarán los resultados del proceso de consolidación, y luego, se darán a conocer los datos de la etapa de pre-test, obtenidos a partir del juicio de 8 expertos. En esta última etapa, cada sujeto aplicó el protocolo para la autoevaluación de la disfagia de origen no neurológico ya adaptado a 3 pacientes, teniendo un total de 24 adultos mayores sin trastornos neurológicos ni antecedentes de disfagia. Los 8 expertos debieron contestar un cuestionario con 12 preguntas cerradas y una pregunta abierta, las que entregaron información acerca de las dificultades en la aplicación del protocolo, y la evaluación de la versión adaptada.

4.1. Resultados de la etapa de consolidación

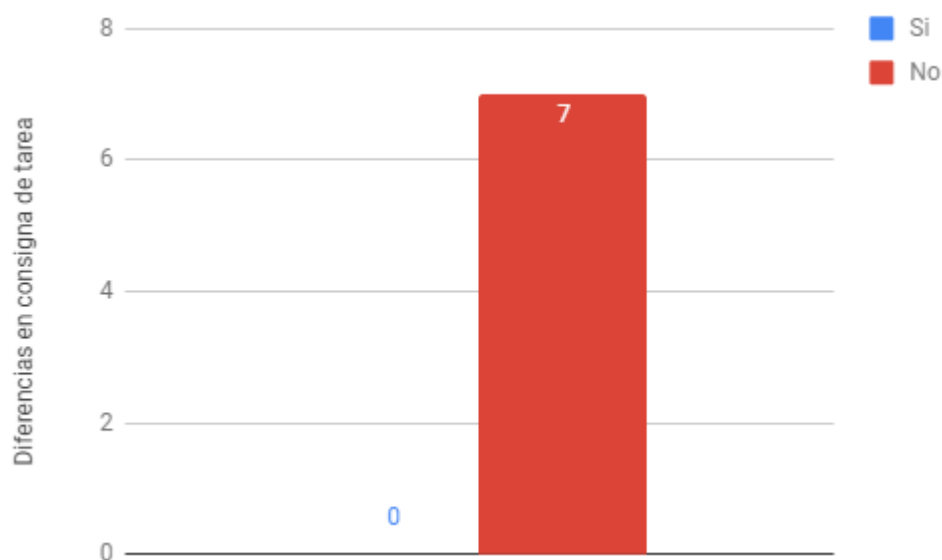
A continuación, se exponen los resultados obtenidos de la tercera etapa de consolidación, en donde se recurrió a un fonoaudiólogo bilingüe, quien debió identificar las discrepancias entre la traducción directa y traducción inversa, para obtener una versión final y de esta forma que el protocolo resultante fuera equivalente a la versión original. Esta información es expuesta mediante gráficos de barras.

Gráfico 1. Diferencias en el título



Se puede observar en base al gráfico 1, que solo existieron diferencia en uno de los 7 títulos que conforman el protocolo.

Gráfico 2. Diferencias en consignas



Con respecto al gráfico 2, se puede apreciar que no se evidenciaron diferencias con respecto al modo de consignar entre el protocolo original y las versiones traducidas.

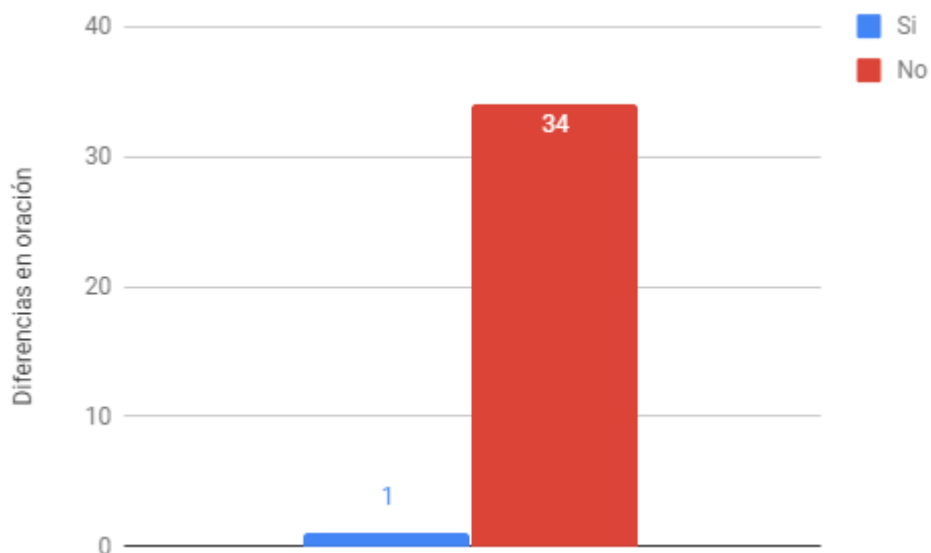


Gráfico 3. Diferencias en oraciones.

En relación al gráfico 3 la mayoría de las oraciones (94,4%) no presentaron diferencias con la versión original del protocolo.

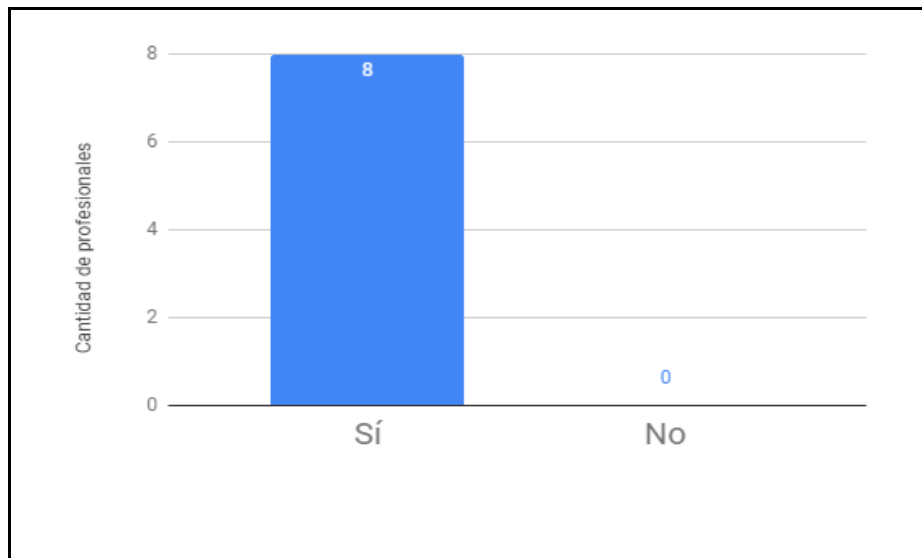
4.2. Resultados de la etapa de Pre-Test

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en la etapa final de pre-test, en donde el juicio de 8 expertos debió responder a la herramienta creada por el grupo tesista para dicha etapa. Estos resultados se dividirán en cada una de las dimensiones que conforman esta herramienta, las cuales son “Dificultad de la autoevaluación” y “Percepción del profesional experto”. La información obtenida será presentada mediante gráficos de barras y de anillos.

4.2.1. Dimensión 1: Dificultad de la autoevaluación

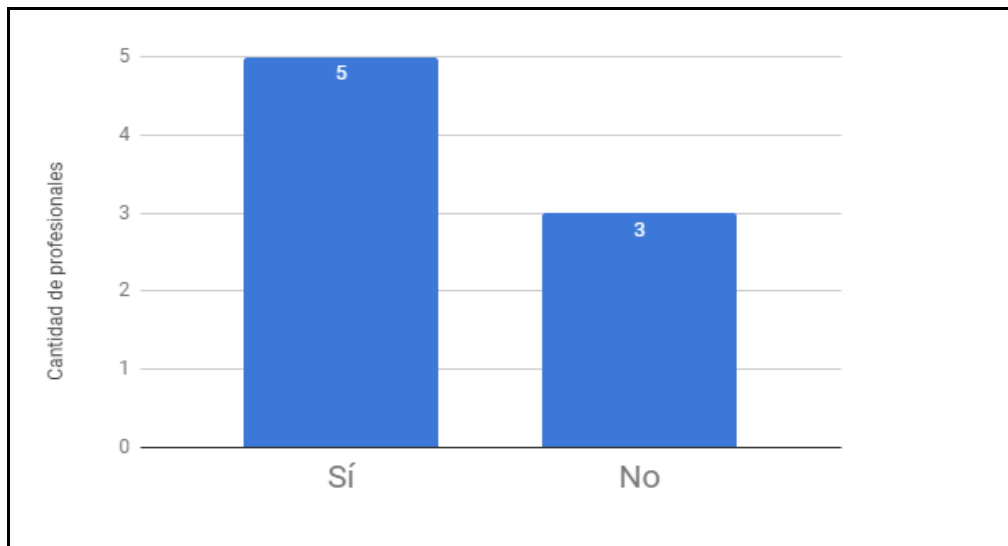
En los siguientes gráficos (gráficos 4 a 9), se muestra la cantidad de respuestas positivas y negativas de cada pregunta con respecto a la dimensión que hace referencia a los obstáculos y/o vicisitudes encontradas durante la administración del protocolo.

Gráfico 4. Respuesta a la pregunta ¿Necesitó hacer reparaciones?



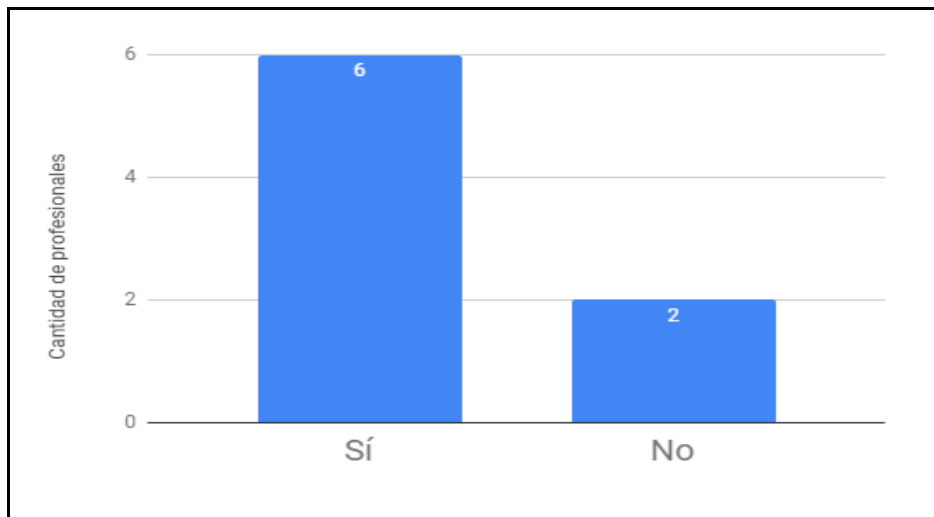
En este gráfico se puede observar que el 100% de los profesionales afirmó haber tenido la necesidad de hacer alguna reparación en la aplicación del protocolo, es decir modificar algunas de las preguntas, ya sea cambiando algún concepto o estructura de estas.

Gráfico 5. Respuesta a la pregunta ¿Debió ocupar un lenguaje coloquial al momento de explicar una pregunta que el paciente no entendió?



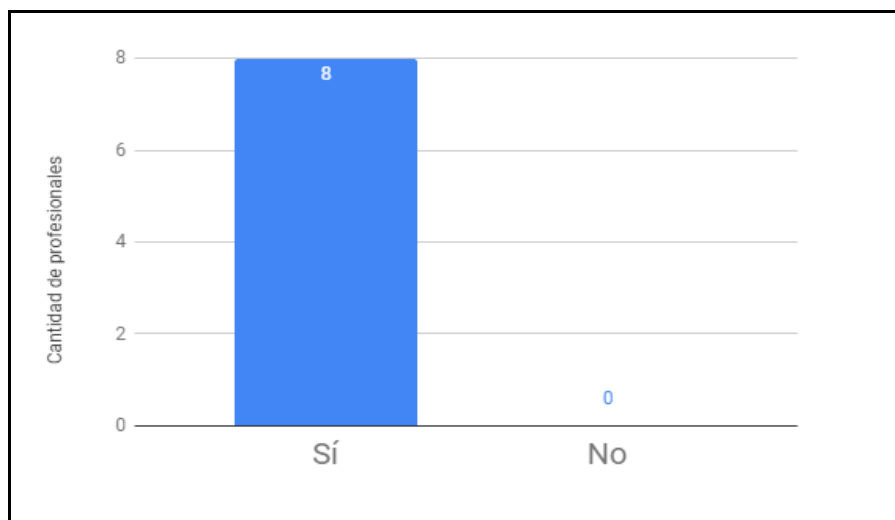
Este gráfico está enfocado en la variable “Lenguaje coloquial” donde se puede observar que el 62,5% de los expertos debieron utilizar un lenguaje coloquial para explicar preguntas del protocolo, es decir, más de la mitad debió reformular las preguntas del protocolo.

Gráfico 6. Respuesta a la pregunta ¿Necesitó explicar un concepto?



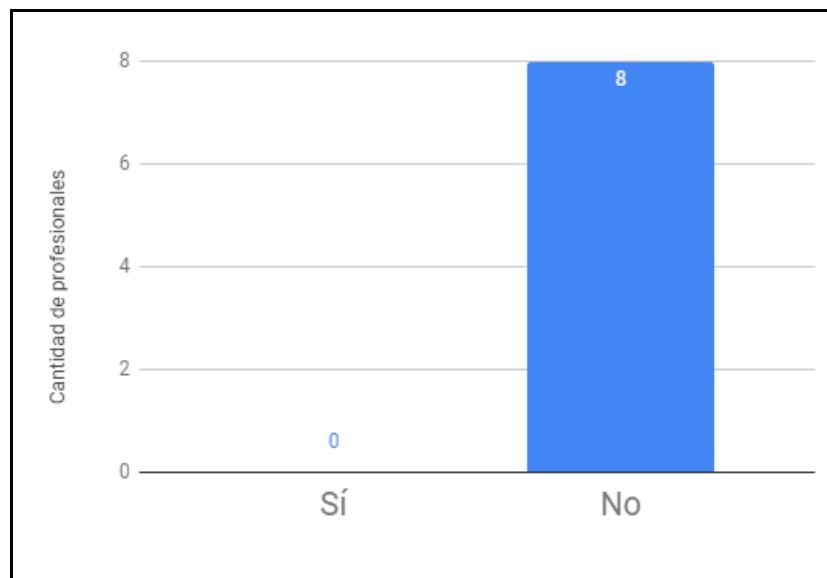
Este gráfico está enfocado en la variable “Explicación de concepto” donde se observa que el 75% de los expertos debieron explicar conceptos técnicos presentes en preguntas del protocolo, es decir, debieron utilizar un lenguaje diferente al del protocolo para mejorar la comprensión del paciente.

Gráfico 7. Respuesta a la pregunta ¿Utilizó un ejemplo para explicar un concepto?



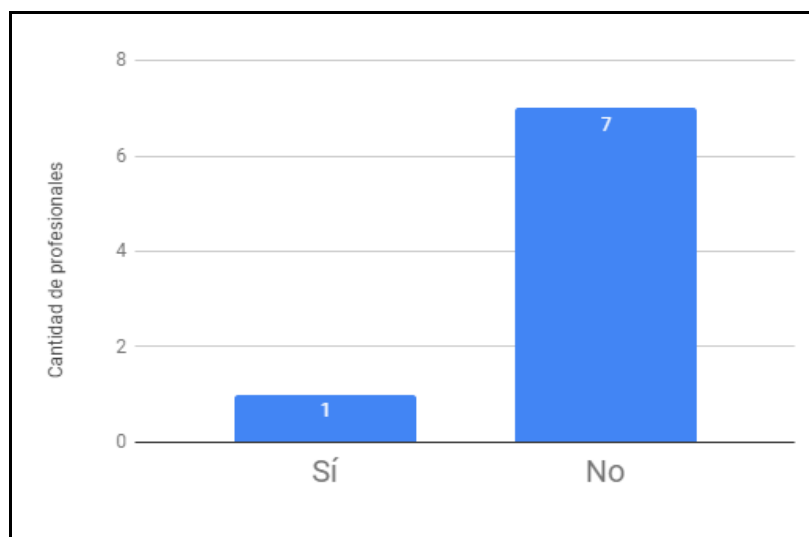
Este gráfico está enfocado en la variable “Ejemplificar”. Se puede deducir que el 100% de los profesionales debió utilizar ejemplos para explicar conceptos de preguntas del protocolo.

Gráfico 8. Respuesta a la pregunta ¿Necesitó utilizar un modelo físico anatómico normal a modo de contrastar con el paciente?



Este gráfico está enfocado en la variable “Modelo” donde se puede observar que ninguno de los profesionales utilizó un modelo físico anatómico.

Gráfico 9. Respuesta a la pregunta ¿Cree que fue muy exhaustivo el protocolo?

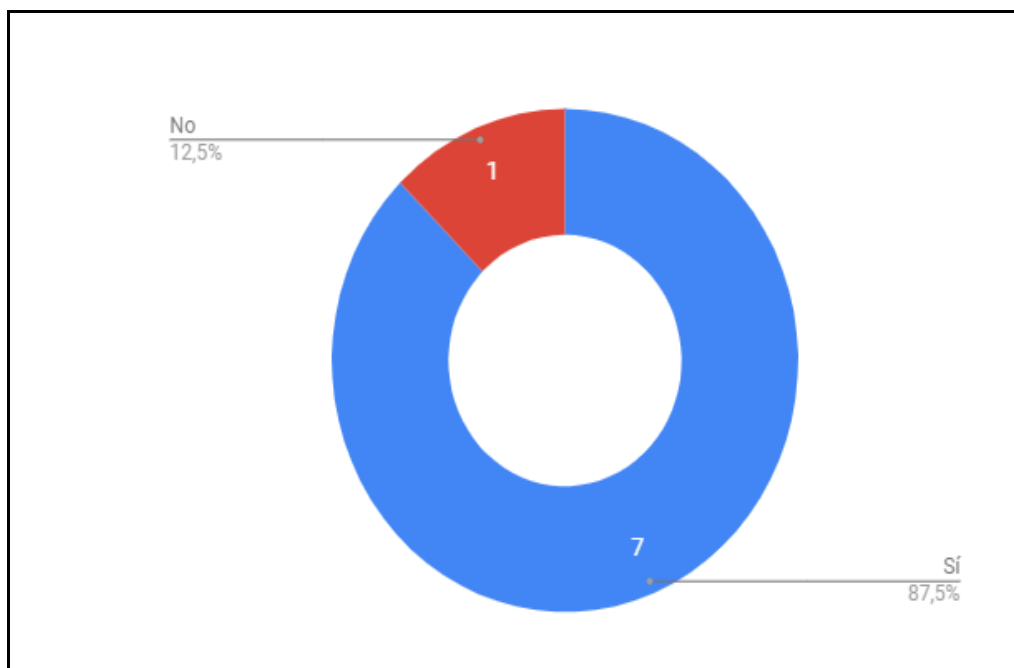


Este gráfico está enfocado en la variable “Exhaustivo” observándose que la mayoría de los profesionales (87,5%) consideró que el protocolo no es exhaustivo.

4.2.2. Dimensión 2: Percepción del profesional experto

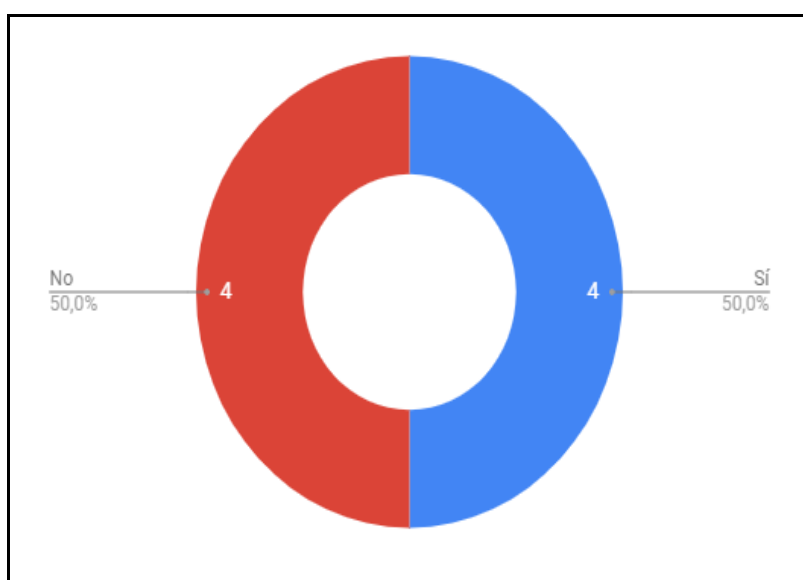
En los siguientes gráficos (gráficos 10 a 15) se muestra la cantidad de respuestas positivas y negativas de cada pregunta con respecto a la dimensión que hace referencia a la apreciación general del profesional con respecto al protocolo.

Gráfico 10. Respuesta a la pregunta ¿Cree que el protocolo cumple para lo que fue diseñado?



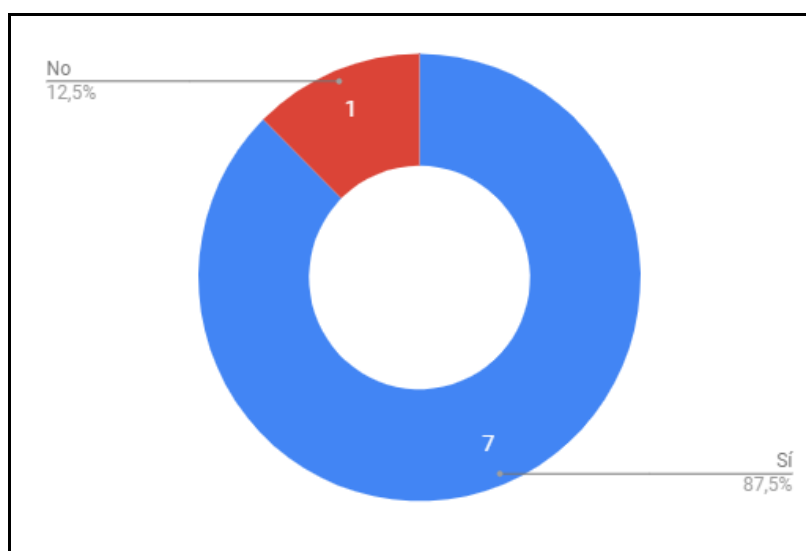
Este gráfico está enfocado en la variable “Útil” donde se puede observar que la mayoría de los profesionales consideró que el protocolo traducido si cumple con su utilidad, es decir, cumple con su propósito de autoevaluación para la disfagia de origen no neurológico.

Gráfico 11. Respuesta a la pregunta ¿Usted utilizaría el protocolo de autoevaluación en su trabajo profesional?



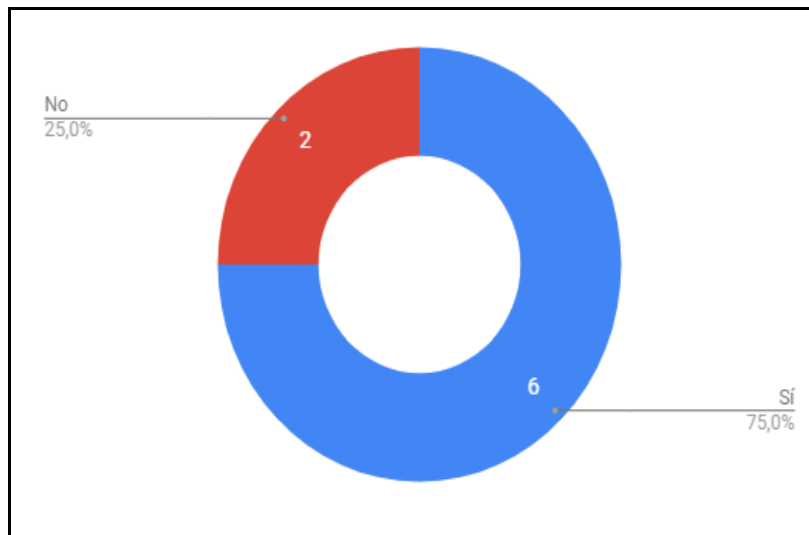
Este gráfico está enfocado en la variable “Vida laboral” observándose que la mitad de los profesionales (50%) señaló que no utilizaría este protocolo adaptado en su quehacer profesional.

Gráfico 12. Respuesta a la pregunta ¿Usted modificaría alguna pregunta?



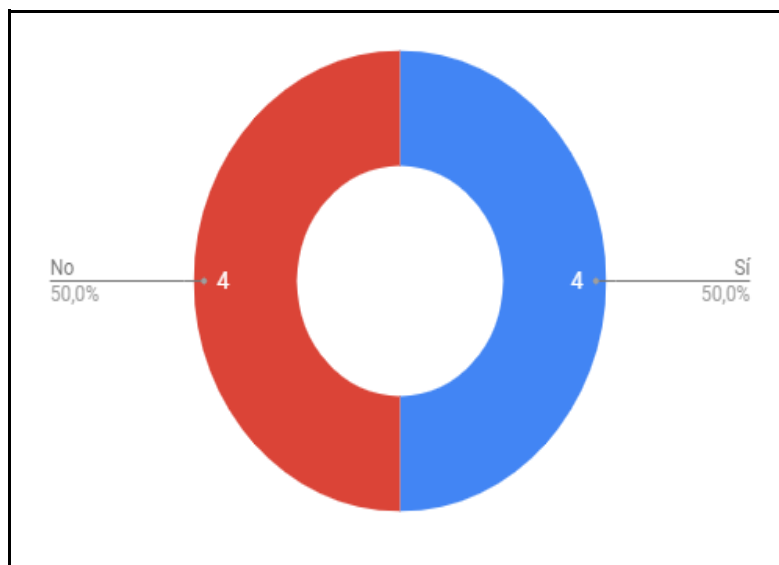
Este gráfico está enfocado en la variable “Modificar”. Se puede apreciar que la mayoría de los profesionales consideró modificar una pregunta del protocolo.

Gráfico 13. Respuesta a la pregunta ¿Usted cree que se evalúan todos los parámetros de la autopercepción en la deglución?



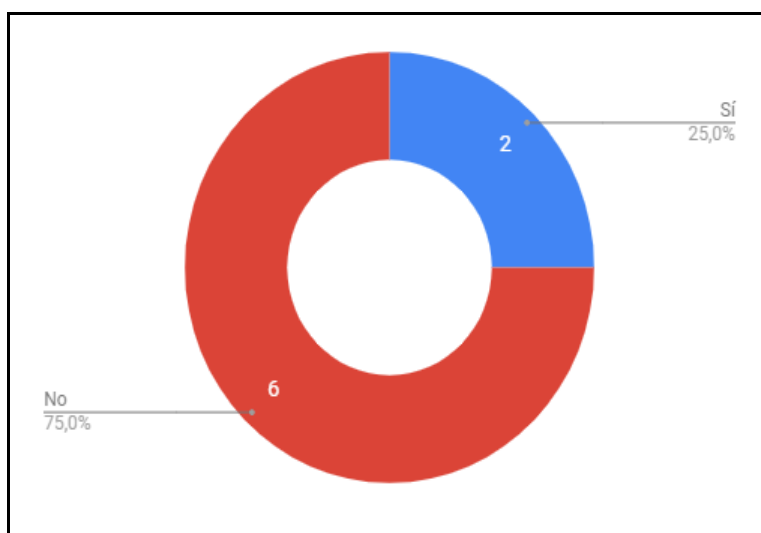
Este gráfico está enfocado en la variable “Parámetro”, observándose que la mayoría de los profesionales consideró que el protocolo evalúa todos los parámetros.

Gráfico 14. Respuesta a la pregunta ¿Usted agregaría un ítem?



Este gráfico está enfocado en la variable “Agregar” donde se puede observar que el 50% de los profesionales respondió que agregaría un ítem.

Gráfico 15. Respuesta a la pregunta ¿Usted quitaría un ítem?



Este gráfico está enfocado en la variable “Quitar”, observándose que la mayoría de los profesionales no quitaría un ítem, es decir, el protocolo contiene todas las aristas que debiese considerar la evaluación de la deglución.

Tabla N°2: Tendencias en respuestas abiertas

La siguiente tabla agrupa las tendencias encontradas en las respuestas dadas en el apartado de sugerencias.

Tendencias	Porcentaje
Lenguaje complejo	50% de los expertos
Agregar ítems	50% de los expertos
Cambio de formato	37,5% de los expertos

En el apartado de sugerencias (ver anexo II), los expertos aconsejan hacer modificaciones en el protocolo. Se identifican 3 tendencias respecto a ellas, la primera, sobre el lenguaje empleado. Mencionan en 4 de 8 respuestas que el lenguaje utilizado es complejo para los usuarios. Por otra parte, la segunda manifiesta la necesidad de aumentar las dimensiones evaluadas. En este caso, 4 de 8 respuestas indican agregar nuevos ítems que

abarquen entre otros aspectos, el ámbito socio emocional. Por último, se expone la necesidad del cambio de formato en 3 de 8 respuestas. Cabe destacar, que el resto de las respuestas no se presentan como una tendencia y no pueden ser analizadas cuantitativamente.

5. DISCUSIÓN

En el siguiente apartado, se exponen los principales hallazgos encontrados al analizar los datos recabados a partir de las pautas respondidas en las etapas de conciliación, por los profesionales que participaron en el pretest, destinadas a obtener información acerca de los resultados del proceso de adaptación del protocolo de Freire *et al.*, 2009. de auto-evaluación para disfagia de origen no neurológico en adultos mayores. Esto será contrastado con la información bibliográfica encontrada para sustentar esta investigación, aportando además algunas inferencias por parte de los investigadores, con el fin de alcanzar el objetivo de este estudio.

Los resultados obtenidos tras la aplicación de la pauta para evaluar la traducción directa, la retrotraducción y el proceso de consolidación, se discute a continuación los siguientes puntos. De acuerdo al gráfico 1, a las diferencias de traducción entre los títulos de cada ítem, se puede evidenciar que el 85,7% de los títulos tenía correspondencia con el idioma opuesto. Este resultado indica que la mayoría de los títulos de ambas versiones conservó su equivalencia conceptual. En el caso del porcentaje restante, que corresponde a 1 de 7 títulos, se sugirió agregar la palabra “actual”, debido a que es parte del 4° título de la versión de Brasil y no aparecía en la versión chilena. Dicha modificación fue corregida por el grupo de investigación.

De acuerdo al gráfico 2, se pudo evidenciar que el 100% de las consignas de tareas del protocolo traducido correspondían a los enunciados en su versión original, es decir, todas las consignas de tareas guardaban equivalencia conceptual absoluta en ambas versiones. Por tanto, no se realizaron modificaciones en la traducción consolidada.

De acuerdo al gráfico 3, se observó que el 94,4% de las oraciones del protocolo traducido coinciden con los enunciados del protocolo original, es decir, la mayoría de las oraciones tiene correspondencia conceptual con la versión de origen. El número restante, que equivale a 1 de 35 oraciones que no mantuvo de manera exacta la equivalencia conceptual, fue corregido por el grupo de investigación. En este enunciado se sugirió realizar una modificación morfológica menor, que se refería a cambiar el enunciado de “plural” a “singular”, generando con ello una pregunta que efectivamente mantuviera lo conceptual.

A modo general, se puede apreciar de acuerdo con los resultados obtenidos tras el proceso de consolidación, que el protocolo fue traducido de forma correcta, teniendo una correspondencia tanto literal como cultural con el protocolo original, considerando que el profesional a cargo de llevar el proceso de consolidación era fonoaudiólogo y debía adecuar ciertos conceptos de acuerdo con el contexto clínico. Estos procedimientos fueron realizados siguiendo lo planteado por Ramada, Serra y Declós (2013), por lo que se considera que este objetivo fue cumplido y el protocolo traducido es fiable para estudios posteriores.

En relación con los resultados obtenidos en la etapa de pre-test, tras la aplicación de la pauta por parte de los expertos, se pueden discutir los siguientes puntos. De acuerdo a la primera dimensión “Dificultad de la auto-evaluación”, se observaron evidentes dificultades en aspectos técnicos, que van desde el léxico utilizado, la morfología y sintaxis empleada en la formulación de las preguntas, la cantidad y calidad de información que el paciente puede extraer de cada pregunta, hasta las instrucciones dadas por el profesional experto a sus pacientes.

Según el gráfico 4, el 100% de los expertos debió hacer reparaciones en algunas preguntas, ya sea cambiando un término o en la estructura misma de la oración. Este resultado probablemente se deba a una dificultad del paciente para acceder a un léxico más técnico, y por ende, más complejo. En relación a esto, se evidencia una clara dificultad que repercute en la aplicabilidad del protocolo, alejándose de su propósito para la autoevaluación de la deglución en adultos mayores neurotípicos.

De acuerdo al gráfico 5, se observó que el 62,5% de los expertos debió utilizar un lenguaje más coloquial, es decir, 5 de 8 profesionales debió simplificar algunos términos del protocolo para un mejor entendimiento de los pacientes. Aún cuando se mantuvo la similitud conceptual entre las versiones original y traducida, para esta muestra no resultaron suficientes los enunciados por sí solos para garantizar la simple comprensión de las preguntas. Este resultado probablemente se deba a una dificultad de los adultos mayores para entender conceptos que no son de su uso cotidiano, viendo la necesidad por parte del terapeuta de reformular los términos a palabras más simples.

De acuerdo al gráfico 6 y 7, el 75% de los expertos debió explicar un concepto y el 100% de los expertos debió ejemplificar alguna pregunta del protocolo, es decir, la mayoría de los profesionales sostuvo que sus pacientes presentaron dificultades en la comprensión de las preguntas. Este gráfico está enfocado a la formulación general de las preguntas del protocolo, por lo que pese a guardar la equivalencia conceptual con la versión original, los adultos mayores no lograron comprender y, por ende, contestar las preguntas de manera fluida. Esto, al igual que los gráficos anteriores, refleja una evidente dificultad en la aplicabilidad de esta herramienta.

Respecto al gráfico 8, ningún profesional debió utilizar un modelo físico-anatómico para explicar las preguntas. Para fines específicos del protocolo, no resulta necesario ejemplificar con este tipo de apoyo, por lo que no se debe contemplar en estudios posteriores.

Los hallazgos encontrados en la primera dimensión del cuestionario para el juicio de expertos confluyen en la dificultosa comprensión del protocolo para los adultos mayores. Desprenden de esto, tres grandes factores mediadores, ellos son: el nivel sociocultural, el nivel educacional y el económico. El estudio de Mazzoni, Stelzer, Cervigni y Martino (2014), menciona que cuando estos factores son limitados, producen efectos negativos sobre el desarrollo de los individuos. Sumado a lo anterior, el paradigma epigenético cerebral, descrito por Medina (2010), considera que el desarrollo cognitivo es el resultado de la permanente interacción aditiva y sinérgica entre la genética y el ambiente. Si bien en este estudio no se determinó la edad promedio de los adultos mayores que participaron en la etapa de pre-test, y tampoco las situaciones económicas, sociales y de escolaridad, es importante destacar que las condiciones basales pudieron afectar en el rendimiento cognitivo de los adultos mayores, y por ende, en la comprensión de las preguntas incluidas en el protocolo.

A modo general, se puede evidenciar que en esta primera dimensión existe una evidente dificultad en la aplicación del protocolo debido a aspectos semánticos y de estructuración de las oraciones, viéndose necesario reformular, explicar y ejemplificar las preguntas, para un mejor entendimiento. Lo anterior, responde a la pregunta de investigación, quedando explícito que el protocolo no conserva sus características de aplicabilidad al ser adaptado al español. Esto resulta complejo de explicar, ya que como se mencionó anteriormente, el proceso de traducción y traducción inversa fueron correctamente llevados a cabo y revisado por el comité de expertos,

corroborando que el protocolo tenía correspondencia literal y cultural, con lo que el protocolo debería ser apto para el acceso de los pacientes, sin embargo, no se realizó un estudio más profundo de esta población en específico, considerando el nivel socio-cultural y la institución de salud donde sería aplicado, lo cual podrían ser variables explicativas de estos resultados. Por otra parte, el contacto con los profesionales fue a larga distancia, es decir, no hubo contacto directo ni con los expertos, ni con los pacientes, por lo que tampoco fue posible velar porque todas las instrucciones y procedimientos fueran llevados a cabo correctamente.

Respecto al gráfico 9, el 87,5% de los expertos consideró que el protocolo no era exhaustivo, es decir, es conciso en relación a la cantidad de preguntas y también a la longitud de los enunciados. Desde un punto de vista, esto puede ser considerado positivo para los fines de esta investigación, ya que el protocolo sí cumple con su objetivo de ser de rápida y fácil aplicación. Como menciona Gaite y Vásquez-Barquero. (1997), la administración de instrumentos de evaluación que intentan objetivar mediante procesos de exploración verbal los aspectos más intangibles del sujeto y su enfermedad son útiles en la práctica clínica, ya que no se necesitan recursos de difícil acceso para los pacientes y son más simples de aplicar. Por otro lado, se puede inferir que esto es negativo, comparándolo con otras pruebas de autoevaluación para evaluar la disfagia, tal es el caso del cuestionario SWAL QOL que es más exhaustivo y contempla más ítems relacionados con la calidad de vida del adulto mayor, Sin embargo, el protocolo traducido es más conciso y entrega menos información, la cual podría ser relevante a la hora de evaluar a esta población.

De acuerdo con los resultados de la segunda dimensión, “Percepción del profesional experto”, se pueden discutir los siguientes puntos. Según el gráfico 10, el 87,5% de los expertos considera que el protocolo sí cumple con su objetivo principal, es decir, 7 de 8 expertos están de acuerdo que el protocolo efectivamente permite evaluar la auto-percepción de la deglución en el adulto mayor.

En cuanto al gráfico 11, solo la mitad de los expertos utilizará el protocolo en su quehacer profesional. Esto puede deberse a distintas razones, en primer lugar, según el gráfico 12, la mayoría de los expertos (87,5%) sugiere modificar preguntas, acto que no se puede llevar a cabo acorde a la metodología de adaptación de un instrumento de evaluación en salud. En segundo lugar, no se sabe si los profesionales realmente consideran importante evaluar la

disfagia de origen no neurológico, considerando que esta se debe a procesos naturales de la senescencia. Según el estudio de Freire, De Freitas, Lins, Jordão, Da Silva, y Da Cunha. (2009), se concluyó que los adultos mayores adaptan su proceso de masticación, lo que permite una deglución segura. Por otro lado, el estudio realizado en Chile por Cardoso (2014), evidencian claramente que estos problemas deglutorios sí afectan en la calidad de vida de los adultos mayores. Por esta razón, y debido a la falta de evidencia clínica, queda al criterio de cada profesional el uso o no uso de la auto-evaluación para detectar signos de disfagia de origen no neurológico.

Los gráficos 12, 14 y 15 están enfocados a aspectos de contenidos del protocolo. El 87,5% de los expertos sí modificaría alguna pregunta, el 50% agregaría un ítem y el 25% quitaría un ítem. En relación a esto, se desprende que la mayoría considera que no existen ítems descartables, por el contrario, se deberían agregar otros aspectos para la autoevaluación. Según Escobar y Cuervo (2008), el juicio de expertos decide eliminar o modificar los ítems irrelevantes cuando se requiera, siendo esto imprescindible para validar dichos instrumentos en términos de su contenido. Sin embargo, debido al carácter cuantitativo y la metodología empleada en este estudio, se desconoce cuáles serían los ítems a agregar y quitar. Basándose en otros estudios dirigidos a pacientes con problemas de disfagia, se considera oportuno para estudios posteriores, modificar este protocolo y agregar ítems respecto a la calidad de vida y cómo podría afectar el aspecto de la deglución en el diario vivir de las personas.

Alguna de las tendencias que se identificaron en los resultados de la muestra N°2 en relación a la pregunta abierta a los profesionales (ver tabla N°2) fueron, en primer lugar, el lenguaje empleado en el protocolo, manifestando la complejidad para la comprensión de sus pacientes en el 50% de la muestra. En segundo lugar, el 50% de los expertos indicó que se deberían agregar ítems relacionados a aspectos socioemocionales. Aunque esta información es relevante y debe considerarse en un estudio posterior, se debe recordar que esta investigación corresponde a una adaptación que comprende sólo las etapas descritas en esta investigación (traducción directa, traducción inversa, consolidación y pre-test) y no la etapa de validación en la que podrían aplicarse estas modificaciones, por lo que nos vemos limitados a realizar las reparaciones mencionadas. Por último, el 37,5% de los expertos manifestó que el formato es poco amigable; un ejemplo de ello es la sugerencia de disminuir la cantidad de celdas o asignar

un espacio para poder consignar la respuesta, aspecto que debiera ser considerado en investigaciones futuras.

En relación al resultado general de la pauta aplicada al juicio de expertos, la mayoría de los profesionales manifestó críticas en aspectos como la estructura, el lenguaje empleado, tipo de formato utilizado, ítems, entre otros, que manifiesta la necesidad de realizar modificaciones en un posterior proceso de validación, viéndose dificultada la aplicabilidad de la adaptación del protocolo al español chileno.

6. CONCLUSIONES

La presente investigación permitió adaptar al español de Chile el protocolo de Freire, De Freitas, Lins, Jordão, Da Silva, y Da Cunha. de autoevaluación para disfagia de origen no neurológico en adultos mayores, siguiendo el procedimiento de Ramada, Serra y Delclós (2013) que consta de los procesos de traducción directa, traducción inversa, consolidación y pre-test.

De acuerdo a la pregunta de investigación “¿El protocolo de Freire, De Freitas, Lins, Jordão, Da Silva, y Da Cunha (2009), para la autoevaluación de disfagia de origen no neurológico en adulto mayor, conserva sus características de aplicabilidad al ser adaptado al español de Chile?”, se concluye tras el análisis de los resultados obtenidos en este estudio que es posible adaptar el protocolo al español chileno, sin embargo, no conserva las características de aplicabilidad. Esto es debido a las dificultades conceptuales que se evidenciaron en los resultados finales, pese a que, en etapas anteriores de esta investigación, se aseguró la equivalencia conceptual de este protocolo consolidado. Por consiguiente, las respuestas que deben entregar los sujetos se ven interferidas por las dificultades de comprensión y la falta de fluidez en relación a la aplicabilidad del protocolo.

En relación al proceso de consolidación, se corroboró la equivalencia semántica al contrastar el resultado del protocolo traducido con el protocolo original, teniendo la traducción una correspondencia literal y cultural al español chileno. Sólo en un ítem se realizó una modificación mínima para guardar la comprensión y aplicabilidad de la pregunta, con lo que se concluye que los procesos de traducción directa y traducción inversa fueron correctamente llevados a cabo.

En relación al proceso de aplicabilidad en la etapa de pre-test, se evidenció en la primera dimensión una clara dificultad en la aplicabilidad del protocolo, ya que se debieron reformular las preguntas y cambiar términos que eran de difícil entendimiento para los pacientes. Si bien estos resultados no fueron positivos para los fines de esta investigación, se cuestiona que estos hayan sido producto de un error en el proceso de adaptación, ya que como se evidenció en la etapa anterior de consolidación, el protocolo estaba correctamente traducido y adaptado al español chileno.

En relación a la segunda dimensión de la pauta, se constató que la mayoría de los profesionales consideró que el protocolo sí cumple con su función para la auto-evaluación de la disfagia de origen no neurológico. Este resultado orienta en dirección a generar la mejora de este protocolo en estudios posteriores. Sin embargo, solo la mitad de los profesionales refiere que utilizará el protocolo en su quehacer profesional, lo que podría deberse a dos factores; en primer lugar, el protocolo aún es difícil de aplicar debido a lo mencionado en la dimensión anterior, y en segundo lugar, probablemente no todos los profesionales estiman importante la evaluación de la deglución en adultos mayores neurotípicos, considerando que no toda la literatura da cuenta de esta problemática y no está contemplado en los sistemas de salud en Chile. Esto último, abre futuras propuestas de investigación que den cuenta de la necesidad de abordar esta problemática.

Cabe destacar, por otro lado, que en cuanto a la elaboración de la pauta para evaluar la aplicabilidad entregada al juicio de expertos, fue elaborada sin un modelo previo que guiase las preguntas a plantear en relación a los puntos importantes de indagar. Todo esto debido a la falta de evidencia teórica vinculada al objeto de este estudio.

Resulta importante destacar que esta investigación se realizó mediante un enfoque cuantitativo, por lo que la obtención de datos se realizó mediante formato cerrado. Esto supone una de las limitaciones de este estudio, donde la información obtenida es más bien general y no entrega datos acerca de sugerencias de modificaciones más específicas, tales como, qué términos y/o preguntas resultaron complejas, qué tipo de estructura sería la más adecuada en forma global y también particular por cada ítem, qué ítems debieran ser agregados, entre otros.

Otra limitación fue la dificultad para acceder a profesionales expertos en el área de la geriatría dispuestos a colaborar con el estudio en los plazos delimitados para cada etapa de esta investigación.

Definidas las sugerencias del comité y juicio de expertos en relación a las modificaciones, falencias y aciertos detectados del protocolo adaptado, resulta útil en una futura investigación reformular y aplicar las correcciones planteadas sobre este, siendo la proyección más importante debido a que los datos obtenidos encaminan a la creación de un instrumento de tamizaje, el que debiera estar enfocado en una eficaz aplicación a la población geriátrica chilena.

Como se menciona en los capítulos anteriores, la población demográfica cambió en nuestro país y lo seguirá haciendo. Es necesario que los servicios sanitarios estén preparados para enfrentar el crecimiento de necesidades en salud que conlleva el aumento de adultos mayores. Para que esto suceda, la forma más eficiente es potenciar la promoción y prevención en salud. Prevenir las enfermedades más recurrentes y de alto impacto, como lo es la neumonía, mejora la calidad de vida de esta población y sus familias. Además, reduce los costos sanitarios que estas patologías generan. Abordar la detección precoz de la disfagia, la principal causa de la neumonía aspirativa, resulta de gran importancia para mantener la mejor condición de vida por el mayor tiempo posible. Instaurar cambios de volúmenes y consistencias de los alimentos acorde a cada sujeto en particular resulta imprescindible para lograr este objetivo. De lo anterior, se enfatiza la necesidad de adaptar o crear una prueba de tamizaje de la disfagia de origen no neurológico como respuesta a esta necesidad sanitaria, con el fin de generar la derivación oportuna a un fonoaudiólogo para la intervención precoz, abriendo de este modo un nuevo nicho para el quehacer fonoaudiológico.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bolívar, J. y Rojas V, (2015). *Estudio de la autopercepción y los estilos de aprendizaje como factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios*. Revista de Educación a distancia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54732570001>.
2. Borda, M., Cano, C., Chavarro, D., Patino, D., y Venegas, L. (2016). *Disfagia sarcopénica*. Gastroenterol, 4, pp.418- 422.
3. Camacho, L. (2007). *El español coloquial en contexto académico*. Congreso Internacional de la Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera (ASELE), (1), 333-347.
4. Campos, Guajardo, Navarrete y Oteiza (2012). *Presencia de presbifagia en adultos mayores institucionalizados y su relación con la calidad de vida*. (Tesis de pregrado), Universidad de Chile, Santiago, Chile.
5. Cámpora H. y Falduti A. (2014). *Deglución de la A a la Z*. Buenos aires, Argentina.: Ediciones Journal.
6. Campos, Guajardo, Navarrete y Oteiza. (2012). *Presencia de presbifagia en adultos mayores institucionalizados y su relación con la calidad de vida*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
7. Cardoso, M., y Bujes, R. (2010a). A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15(1).
8. Cardoso, M. (2010b) *Deglutição no processo do envelhecimento*. Programa de pós graduação em gerontologia biomédica.
9. Cardoso, S., Teixeira, A., Baltezan, R. & Olchik, M. (2014). *O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados. The impact of swallowing disorders on quality of life of institutionalized elderly*. Revista Kairós Gerontologia, 17(1), pp.231-245.
10. Censo. (2012). *Síntesis de Resultados*. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadística Chile.

11. Cerquera, A., Flórez, L., y Linares, M. (2010). *Autopercepción de la salud en el adulto mayor*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587018>
12. Ekberg, O. (2012) *Dysphagia, Diagnosis and Treatment*. Malmö. Suecia: Springer.
13. Escobar, J. y Cuervo, A. (2007). *Validez del contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización*. Avances en medición, (6), 27-36.
14. Figueroa, A., Iturra, R., Matus, C., y Muñoz, F. (2015). *Caracterización de las concepciones del ejercicio fonoaudiológico en Chile en los últimos 40 años*. (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
15. Freire, R., De Freitas, A., Lins, E., Jordão, T., Da Silva, H., y Da Cunha, D. (2009). *Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de Instituição de longa permanência*. CEFAP, volumen (11), 405-422.
16. Furque, N., Ramírez, M., y Rodríguez, J. (2011). *Implementación de la guía de manejo fonoaudiológico para alteraciones deglutorias en adultos mayores de la fundación Sagrado Corazón*. (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Iberoamericana, Bogotá, Colombia.
17. Gaité, L y Vásquez-Barquero, J. (1997). *La adaptación al medio español de instrumentos de evaluación en salud mental*. Revista Archivos de neurobiología. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/230554747_La_adaptacion_al_medio_espanol_de_instrumentos_de_evaluacion_en_salud_mental
18. Galleguillos, D. (2015). *Inclusión Social y calidad de vida en la vejez* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
19. Gelbukh, A., & Bolshakov, I. (2000). *Avances y Perspectivas de Procesamiento Automático de Lenguaje Natural*. J. IPN Ciencia, Arte: Cultura, (31), 10-18.
20. Granados, I. (2011). *Calidad de vida laboral: Historia, dimensiones y beneficios*. Revista de Investigación en Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 14 (2), 213-225.

21. Grober, M., y Crary, M. (2016). *Dysphagia Clinical Management in Adults and Children*. Orlando, United States: Elsiver.
22. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México, México: Interamericana Editores.
23. Herrera E. (2015). *Análisis socio-epidemiológico, clínico, microbiológico y terapéutico de las neumonías por aspiración en pacientes mayores de 65 años atendidos en un servicio de medicina interna de un hospital terciario*. Universitat de Valencia, Valencia.
24. Leon, D., Rojas, M., y Campos, F. (2010). *Guía Calidad de vida en la vejez*. Santiago, Chile: Universidad Católica y Caja los Andes.
25. Mazzoni, C., Stelzer, F., Cervigni, M. y Martino P. (2014) “*Impacto de la pobreza en el desarrollo cognitivo. Un análisis teórico de dos factores mediadores*”. Liberabit. Lima, Perú. 20(1), pp-93-100.
26. Medina, J. (2010) *Epigenética del desarrollo cerebral. La nueva frontera de la Neuroendocrinología*. Monografías de la Real Academia Nacional de Farmacia. España.
27. Mendez, M. (2015). *Presbifagia* (Tesis de pregrado). Universidad Fasta Facultad de ciencias, Mar de la plata, Argentina.
28. Michael, E. (2016). *Dysphagia*. University of Redlands, California, Estados Unidos.
29. Ministerio de salud gobierno de Chile. (2014). *Programa nacional de salud de las personas adultas mayores*. Santiago, Chile: Minsal.
30. Nogueira D. (2015). *disfagia. Swallowing-Physiology, disorders, diagnosi and therapy*, 10, 204-232.
31. Olle Ekberg. (2012). *The Geriatric Pharynx and Esophagus*. En *Dysphagia Diagnosis and Treatment* (165-168). Suecia: Springer.

32. Olivares, C., (2016). *Disfagia en Adulto Mayor: Revisión de la evidencia en el manejo de la disfagia en población geriátrica*. Tesis para optar al Grado Académico de Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
33. OMS. (2015). *Envejecimiento*. Envejecimiento Saludable [Versión electrónica]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la salud, <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
34. Polo, M. (2011). *Impacto de la detección de la disfagia en la incidencia de neumonitis por aspiración y en los marcadores bioquímicos de desnutrición, en personas mayores hospitalizadas*. (Tesis Doctoral). Universidad de Alcalá, Madrid, España.
35. Ponce, J y Ponce, M. (2012). *Gastroenterología y hepatología*. Barcelona, España: Jarpyo Editores, S.A.
36. RAE. (2017). *Autoevaluación*. Diccionario de la lengua [Versión electrónica]. Madrid, España: Real Academia Española, <http://dle.rae.es/?id=4SYvSYZ>
37. Ramada, J., Serra, C., & Delclós, G. (2013). *Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas*. Salud Pública de México, 55(1), 57-66. Recuperado en 30 de diciembre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000100009&lng=es&tlng=es
38. Richinitti, J., Borges, C., & García, B. (2015). *Distúrbios Fonoaudiológicos autodeclarados e fatores associados em idosos*. CEFAC., volumen (3), 720-726.
39. Robles, P. y Del Carmen, M. (2015). *La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada*. Sapienza Università di Roma, Italia. <https://www.nebrija.com/revista-linguistica/numero-18-2015.html>.
40. Sánchez, I. (2017). *Chile y sus mayores*. Santiago, Chile: Editorial Universidad Católica y Caja los Andes.
41. Serra-Prat, M, Hinojosa, G, Lopez, D, Juan, M, Fabre, E, Voss, DS, Calvo, M, Marta, V, Ribó, L, Palomera, E, Arreola, V, Clavé, P. (2011) *Prevalence of oropharyngeal dysphagia and*

impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. J Am Geriatr 59(1), pp.186-187.

42. Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2011). *Segunda encuesta nacional, inclusión y exclusión social del adulto mayor en Chile*. Santiago, Chile: Ministerio de desarrollo social.
43. Silveira, LJ, Domingo, V, Montero N, Osuna, CM, Álvarez, L, Serra-Rexach, JA. (2011) *Oropharyngeal dysphagia in elderly inpatients in a unit of convalescence*. Nutr Hosp. 26(3), pp.501-510.
44. Tapia, S, Tobar, R y Toledo, L. (2017, julio 24). *Disfagia un tema pendiente para la salud chilena*. Diario Uchile. Recuperado de <http://radio.uchile.cl/2017/07/24/disfagia-un-tema-pendiente-para-la-salud-chilena/>
45. Valencia, B. (2016-2017). *Anatomía humana y disfagia. Intervención logopédica en un caso de disfagia*. (Tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
46. Vega, Y., Torres, A., y Del Campo, M. (2017). *Análisis del Rol del Fonoaudiólogo(a) en el Sector Salud en Chile*. Ciencia y Trabajo, (59), 76-80.
47. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). *¿Qué calidad de vida?* / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264>

ANEXOS

ANEXO I

Pauta para el juicio de expertos

Preguntas	Sí	No
Dificultad de la aplicación		
1. ¿Necesitó hacer reparaciones?		
2. ¿Debió ocupar un lenguaje coloquial al momento de explicar una pregunta que el paciente no entendió?		
3. ¿Necesitó explicar un concepto?		
4. ¿Utilizó un ejemplo para explicar un concepto?		
5. ¿Necesitó utilizar un modelo físico anatómico normal a modo de contrastar con el del paciente?		
6. ¿Cree que fue muy exhaustivo el protocolo?		
Percepción del profesional experto del protocolo de autoevaluación		
7. ¿Cree que el protocolo cumple para lo que fue diseñado?		
8. ¿Usted utilizaría el protocolo de autoevaluación en su trabajo profesional?		
9. ¿Usted modificaría alguna pregunta?		
10. ¿Usted cree que se evalúan todos los parámetros de la autopercepción en la deglución?		
11. ¿Usted agregaría un ítem?		

12. ¿Usted quitaría un ítem?		
13. ¿Tiene usted alguna sugerencia?		

ANEXO II

Formato para evaluar el protocolo de Freire, R., De Freitas, A., Lins, E., Jordao, T., Da Silva, H., y Da Cunha, D. de autoevaluación para disfagia de origen no neurológico en adultos mayores.

1-Dados Pessoais

DIFERENCIAS EN EL TÍTULO ENTRE AMBAS TRADUCCIONES: SI _____ NO__X__
¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN CONSIGNA DE TAREA 1: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

- a) Nome.
- b) Idade.
- c) Sexo.
- d) Data da entrevista.

DIFERENCIAS EN ORACIÓN a: SI ____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN b: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN c: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN d: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

2-Dados atuais sobre saúde geral:

DIFERENCIAS EN EL TÍTULO ENTRE AMBAS TRADUCCIONES: SI _____ NO__X__
¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN CONSIGNA DE TAREA 2: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

- a) Hipertensão.
- b) Diabetes.
- c) Cardiopatías.
- d) Doenças pulmonares.
- e) Refluxo gastroesofágico.
- f) Outros.

DIFERENCIAS EN ORACIÓN a: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN b: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN c: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN d: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN e: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN f: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

3- Fatores associados

DIFERENCIAS EN EL TÍTULO ENTRE AMBAS TRADUCCIONES: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN CONSIGNA DE TAREA 3: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

a) Fumou ou fuma cigarro.

b) Tomou ou toma álcool.

c) Outros.

DIFERENCIAS EN ORACIÓN a: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN b: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN c: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

4- Dados sobre alimentação atual

DIFERENCIAS EN EL TÍTULO ENTRE AMBAS TRADUCCIONES: SI __X__ NO _____
¿Cuáles?

“EN UNA DE LAS TRADUCCIONES NO APARECE ESCRITO ACTUAL”

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA: DATOS SOBRE ALIMENTACIÓN ACTUAL

DIFERENCIAS EN CONSIGNA DE TAREA 4: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

a) Tipo de alimentos ingeridos.

DIFERENCIAS EN ORACIÓN a): SI __X__ NO _____ ¿Cuáles?

“CREO QUE HAY QUE ESTABLECER SI ES EN PLURAL O SINGULAR

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA: TIPO DE ALIMENTO INGERIDO (TODO EN SINGULAR)”

5- Queixas sobre o processo de alimentação – mastigação

DIFERENCIAS EN EL TÍTULO ENTRE AMBAS TRADUCCIONES: SI _____ NO__X__
¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN CONSIGNA DE TAREA 5: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

- a) Quantidade de refeições durante o dia.
- b) Necessita temperar mais a comida para perceber o sabor.
- c) Tem dificuldade para mastigar algum alimento.
- d) Sente dor durante a mastigação.
- e) Sente cansaço para mastigar algum alimento.

DIFERENCIAS EN ORACIÓN a: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN b: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN c: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN d: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN e: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

6- Queixas sobre o processo de alimentação – deglutição

DIFERENCIAS EN EL TÍTULO ENTRE AMBAS TRADUCCIONES: SI _____ NO__X__
¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN CONSIGNA DE TAREA 6: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

- a) Se engasga durante as refeições.
- b) Se engasga depois das refeições.
- c) Tosse durante as das refeições.
- d) Tosse depois das refeições.
- e) Se cansa durante as refeições.
- f) Se cansa depois das refeições.
- g) Sensação de comida presa na garganta.
- h) Ardor e/ou odor na garganta durante o depois das refeições.
- i) Necessita ajuda de líquido para ingerir o alimento.
- j) Satisfeito durante e/ou depois da comida.

DIFERENCIAS EN ORACIÓN a: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN b: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN c: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN d: SI _____ NO__X__ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN e: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN f: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN g: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN h: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN i: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN j: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

7- Queixas sobre a fonoarticulação

DIFERENCIAS EN EL TÍTULO ENTRE AMBAS TRADUCCIONES: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN CONSIGNA DE TAREA 7: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

- a) Sente alguma dificuldade para falar alguma palavra.
- b) Sente a boca travada em algum momento durante a fala.
- c) Percebe sua fala mais lenta.
- d) Percebe sua fala mais rápida.
- e) Percebe maior escape de ar durante a fala.
- f) Outros.

DIFERENCIAS EN ORACIÓN a: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN b: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN c: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN d: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN e: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

DIFERENCIAS EN ORACIÓN f: SI _____ NO__X___ ¿Cuáles?

TRADUCCIÓN MÁS ADECUADA:

ANEXO III

Respuestas de la pregunta abierta 13

Respuesta sujeto N°1: “Lenguaje complicado, mayor explicación de los enunciados. Instrucciones que expliquen el objetivo de la pauta”

Respuesta sujeto N°2: “Datos de salud (salvo RGE y molestias en la fonoarticulación) no son tan importantes para el cuestionario con el fin de discriminar si el paciente tiene riesgo de disfagia o no. Un poco largo. Faltó incluir factores emocionales en la pauta”

Respuesta sujeto N°3: “Formato poco amigable para AM, la letra debiese ser más grande, hay demasiadas celdas (algunas no contienen info), debiese haber paréntesis () para consignar respuestas en todas. Faltaron algunas tildes. Lo ocuparía sólo si se realizan correcciones. Faltó incluir dentición, medicamentos, déficit de saliva”

Respuesta sujeto N°4: “Dar ejemplo de las patologías como cardiopatía y otros. Dividir el tipo de alimentación en sólidos y líquidos. Dar un espacio para describir en caso de ser positivo. División por etapas de la deglución”

Respuesta sujeto N°5: “No sirve para la autoaplicación”

Respuesta sujeto N°6: “Dificultades en Lenguaje y redacción con respecto al nivel cultural de los pacientes, a quienes les fue difícil comprender algunas preguntas, sobretodo las que se repetía el comienzo (puntos 6; 6,1; 6,2; 6,3; 6,4; 6,5; 6,6)”

Respuesta sujeto N°7: “En el ítem quejas sobre el proceso de alimentación-deglución las preguntas son muy similares, lo cual confunde al paciente para especificar en qué momento se atora o tose, podría darse alternativas en una misma pregunta como ejemplos”

Respuesta sujeto N°8: “El ítem 6,10 no fue del todo claro para el paciente. Fue necesario explicarlo”

ANEXO IV

Universidad de Valparaíso - Campus San Felipe

Facultad de Medicina - Carrera de Fonoaudiología

Consentimiento de participación en investigación de tesis

Usted es invitado a participar de la tesis “Adaptación al español de Chile del protocolo de Freire, R., de Freitas, A., Lins, E., Jordão, T., Da Silva, H., y Da Cunha, D.” realizada en la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, por los alumnos tesisistas; Roberth Acevedo, Javiera Elgueta, Álvaro Figueroa, Martín Santana, Rubén Varas, en guía del profesor Patricio Meza. Esta investigación busca adaptar una pauta de autoevaluación para la presbifagia desde el idioma portugués al español de Chile. Esto, con la finalidad de mejorar los métodos de evaluación clínica en pacientes adultos mayores neurotípicos que, debido al proceso de senescencia, corren riesgos de malnutrición y neumonía por aspiración. Es por ello que se solicita su participación, que consiste en contestar el protocolo traducido y entregar esta información al profesional a cargo.

La información que usted proporcione será sometida a análisis, en total confidencialidad. No será conocida por nadie fuera del investigador/a responsable y su profesor/a guía. Una vez firmado el consentimiento de participación, a cada persona se le asignará un seudónimo. Sólo si el propio entrevistado/a lo solicita, se mantendrá los datos sin modificar. Al analizar la información se producirá un informe final, donde se mantendrá igualmente el anonimato de los/as entrevistados/as. Le estoy invitando a participar de esta investigación de forma voluntaria, teniendo derecho a retirarse de estudio en cualquier momento sin que ello le afecte de ninguna forma. Usted podrá conocer los avances y resultados de esta y contar con una copia del documento final. Usted no tiene la obligación de aceptar participar de esta investigación y tiene el pleno derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja.

Consentimiento de participación de usuario en investigación de tesis

Declaro haber leído la información descrita, y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este documento, indico que he sido informado/a de la investigación: “Adaptación al español de Chile del protocolo de Freire, R., de Freitas, A., Lins, E., Jordão, T., Da Silva, H., y Da Cunha, D. de autoevaluación para disfagia de origen no neurológico en adultos mayores” y que consiento voluntariamente participar entregando mis opiniones en una entrevista. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ello me afecte de ninguna forma.

Nombre del participante:

Ciudad y fecha: _____

Firma

Consentimiento de participación del juicio de expertos en investigación de tesis

Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito de la investigación de tesis a la persona usuaria, y que ha dado su consentimiento libremente. Además, le he proporcionado una copia de este documento al paciente.

Nombres de los coordinadores:

Ciudad y fecha: _____

Firma