



[2014]

CARACTERIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN ADULTOS CON DISFAGIA

ANGÉLICA MARÍA LIZARAZO-CAMACHO
Corporación Universitaria Iberoamericana
Facultad de Ciencias de la Salud



Caracterización de la Participación Social en Adultos con Disfagia

Characterization of Social Participation in Adults with Dysphagia

ANGÉLICA MARÍA LIZARAZO-CAMACHO

Asistentes

Lisa Carvajalino

Ángela Ramírez

Carolina Martínez

Karla Marín

Karla Molano

Johanna Castañeda

Ximena Merchán

Leidy Garzón
Castiblanco

Mayra Vergara

Maritza Pintor

Diana Arias

Diciembre, 2014

Agradecimientos

A la Corporación Universitaria Iberoamericana por brindar su apoyo para ejecución de este proyecto social.

A la Alcaldía, la Unidad de Atención Integral y a la Población del municipio de Sopó, porque sin ellos no se hubiera logrado este sueño.

A los estudiantes de fonoaudiología de VIII y IX semestre de los períodos académicos 2014-I y 2014II.

Índice

Introducción.....	6
Capítulo I - Fundamentos Teóricos	9
Capítulo II- Metodología	20
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	20
2.2 Entidades Participantes	21
2.3 Dificultades del Estudio.....	21
2.4 Población Participante	21
Capítulo III- Aplicación y Desarrollo	21
Capítulo IV- Resultados	23
Capítulo V- Conclusiones.....	45
Referencias	46

Lista de Acrónimos

CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud.

OMS Organización Mundial de la Salud

DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística

PcD Persona con Discapacidad

Introducción

La investigación propone generar un estudio descriptivo, con uno o varios grupos poblacionales, con el objetivo de caracterizar la repercusión de la disfagia como deficiencia de la deglución en la participación de las personas con esta deficiencia y la restricción en sus contextos sociales, las barreras y facilitadores de los grupos y entornos en los que habitualmente se desarrollan las actividades de la vida diaria. Con el análisis de esta información se pretende aclarar y justificar una propuesta que permita sustentar acciones que permitan incluir a personas con disfagia dentro de diversos contextos y mostrar además, que evidentemente esta deficiencia impacta negativamente el desarrollo social, económico y cultural del país.

La CIF habla de funcionamiento como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano por medio de la integración de los factores contextuales (ambientales y personales); la discapacidad como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano y salud como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores. (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Las Funciones Corporales hacen referencia a 1) las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas) y 2) las estructuras corporales definidas como las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. Las Deficiencias identificadas como “problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida”. Las Limitaciones en la Actividad, dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de las actividades. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital. Restricciones en la Participación, son dificultades que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales asociados a 1) Factores Ambientales, constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida y 2) los factores personales, entendidos como la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el impacto de los atributos de la persona.

Este modelo mundial para entender la discapacidad y el funcionamiento del ser humano dentro de una visión integral, permite correlacionar al individuo con su entorno y sus contextos y es tan funcional para interpretar y analizar la condición de discapacidad física, como otras condiciones de discapacidad como sensoriales, cognitivas y por supuesto comunicativas.

Las cifras y análisis sobre discapacidad específicamente en población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, y su valoración de la dificultad para el desarrollo de actividades cotidianas, según localidad; reporta que de

564.075 personas en condición de discapacidad, 40.141 reportaron dificultad para masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos; de ellas 76.461 fueron personas de más de 15 años (DANE, 2010). La discapacidad en adultos generada por alteraciones deglutorias /disfagia aunque se reconoce en contextos clínicos y asistenciales desde la visión rehabilitadora y biológica, ni en la sociedad, ni en los grupos poblacionales estas personas son visibles; más bien se tornan ignoradas dentro de sus entornos y pareciera que su discapacidad no dejará otra alternativa que anularlos.

En Colombia las pérdidas económicas y sociales de las personas adultas en periodo productivo, en condición de discapacidad no han sido calculadas, no existen datos claros sobre el número de personas específicamente afectadas por la disfagia, las causas que generaron esta condición y mucho menos de sus condiciones familiares, sociales, culturales, laborales. Hoy no es posible conocer cuántos de ellos perdieron su trabajo o lo mantuvieron, cuantos y como sus núcleos familiares cambiaron, cuánto y cómo invirtió el sistema gubernamental para incluir a estas personas.

En el DANE(2005) según estadística en Bogotá existen 3.970 personas entre edades de 18 a 80 años con dificultad para distinguir sabores y olores , este ítem no es de gran ayuda para nuestro proyecto ya q no hay una especificación del tipo de trastorno que tienen estas personas para la deglución; en cuanto a Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos existe 37.278 personas con esta deficiencia, se considera este ítem valioso para nuestra investigación ya que si especifica la alteración que existe en disfagia; en Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo existen 11.773 personas . en cuanto a la profesión de fonoaudiología se encuentra en rehabilitación 5.225 personas relacionadas con estos 3 ítems.

El problema de investigación se genera del reconocimiento de grupos poblacionales adultos con limitación en la alimentación específicamente causada por deficiencias deglutorias/disfagia, que aún no son visibles ni dentro de la política pública, ni dentro de los contextos rehabilitadores e inclusivos. De esta manera la pregunta problema es: ¿Cómo repercute la disfagia en la participación social de quien la tiene? y los siguen cuestionamientos claros específicos sobre las condiciones sociales, familiares y económicas a las que se enfrentan no solo las personas con disfagia si no a su familia, que relación y papel juegan los contextos y sus integrantes en la inclusión efectiva, que barreras y facilitadores se reconocen y que acciones se podrían implementar en la política pública y los planes de desarrollo frente a esta población. Las respuestas a estos cuestionamientos permitirá generar evidencias sustentables frente a la situación real de personas adultas con disfagia, las barreras y facilitadores de su entorno y permitirá la inclusión de este tipo de discapacidad explícitamente dentro de la política pública distrital y/o nacional

Para responder a la pregunta de investigación se plantea como objetivo general el determinar las características de la participación en diversos contextos del adulto con disfagia y sus factores contextuales. La sistematización de la investigación responderá a

objetivos específicos tales como: a) Describir los roles y funciones alcanzados por adultos con disfagia en el contexto académico, b) Identificar los roles y funciones alcanzados por adultos con disfagia en el contexto familiar, c) Describir los roles y funciones alcanzados por adultos con disfagia en el contexto laboral, d) Determinar los roles y funciones alcanzados por adultos con disfagia en el contexto cultural, e) Determinar los roles y funciones alcanzados por adultos con disfagia en el contexto cívico, f) Identificar los factores ambientales (barreras y facilitadores) observables en los contextos vitales de adultos con disfagia, g) Determinar los factores personales y/o familiares observables en los contextos vitales de adultos con disfagia y h) Reconocer acciones que se podrían implementar en la política pública y los planes de desarrollo frente a esta población.

La propuesta de investigación está inscrita en el Grupo Desarrollo y Discapacidad de la Comunicación Interpersonal- Estudio y Abordaje, dentro de la línea de Comunicación y Discapacidad Comunicativa cuyo objetivo es generar conocimiento en torno al desarrollo de la comunicación a través de las diferentes etapas del ciclo vital y la competencia comunicativa adulta en las modalidades de la comunicación verbal oral, lecto escrita y visogestual. Además, de generar conocimiento en torno a la discapacidad comunicativa para su comprensión, explicación e interpretación, a partir de una perspectiva biopsicosocial en las diversas formas de expresión de la población Colombiana; para así construir y recontextualizar una semiología específica que aporte al abordaje de esta problemática y que a su vez permita dar respuesta a necesidades científicas y sociocomunicativas de la población Colombiana, en cualquiera de sus etapas de desarrollo.

La línea a la que se postula el proyecto es a la de Comunicación y Discapacidad Comunicativa la cual contribuye en la caracterización, análisis, comprensión e interpretación de las condiciones bio-psico-socio-culturales enmarcadas en el desarrollo comunicativo y su competencia en las diferentes modalidades. Por tanto, los proyectos de investigación que se insertan en la línea contribuyen en la comprensión, explicación e interpretación de los desórdenes de la comunicación.

Capítulo I - Fundamentos Teóricos

La disfagia se define como la incapacidad de pasar voluntariamente fluidos de alimentos a la boca al estómago (Baker 1993) es el síntoma más común en pacientes con cáncer de esófago (Earlam y Cunha Melo-1980; Sagar et al. 1994).

Existe una escasez de información disponible para informar a la práctica acerca de la experiencia del síntoma desde la perspectiva del paciente y como esto afecta su calidad de vida.

Por lo tanto, Watt (2003) realizó mediante métodos de triangulación, lo que implica el uso de diferentes métodos para medir la misma unidad. La triangulación metodológica usa dos o más métodos de investigación en un estudio (Kimichi et al. 1991).

En este estudio cualitativo se combinó con la medición en el EORTC QLQ C-30 y EORTC QLQ-OES24 cuestionarios de calidad de vida.

Los objetivos de esta investigación fueron:

Describir la experiencia de la disfagia en pacientes con cáncer de esófago, para determinar el impacto de la está en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de esófago.

Determinar la viabilidad del uso de la EORTC QLQ-C30 y el EORTC QLQ-OES24 calidad de las herramientas vitales en asociación con entrevista semi-estructurada para ganar más penetración en el fenómeno, para aumentar el conocimiento de enfermería y la comprensión que estos pacientes necesitan.

Aunque no existe una definición aceptada del concepto de Calidad de vida (Mast 1995) existe un creciente consenso de que es la evaluación subjetiva de la vida en su conjunto, que abarca las múltiples dimensiones física, funcional y bienestar psicosocial (Aaronson 1990; Bowling 1995; Cella 1995).

Los sentimientos emocionales evocados por la disfagia cuando se preguntaba en la entrevista, los participantes hablaron de los sentimientos tristes, la angustia causada por el problema es evidente en las palabras de los pacientes.

Los hallazgos de este estudio cualitativo triangulado revelaron que la disfagia es un síntoma preocupante que tiene consecuencias para el paciente tanto físicas, emocionales y de bienestar social. También reforzó que el concepto de calidad de vida es un constructo multidimensional (Cella 1994;) con interdependencias entre los dominios (Aaronson1990; Olschewski 1994).

Al llevar a cabo este estudio de la EORTC QLQ-C30 (Aaronson et al. 1993) y el EORTC QLQ-OES24 (Blazeby1995) se encontró que puede ser aceptable y factible para usarse

en conjunto con una entrevista semi-estructurada que permita obtener una mayor comprensión de este fenómeno.

Las limitaciones del estudio se identificaron tres zonas de limitación se han identificado. La generalización de los hallazgos del estudio son limitadas debido a la naturaleza cualitativa y el potencial del investigador intervienen tanto en términos de influencia en los participantes, como en la interpretación de los datos de estudio, y el pequeño tamaño de la muestra complicando los resultados de estudio siendo estos generalizados a la población principal.

Sin embargo, el investigador cree que es importante tener en cuenta que este estudio es el primero en examinar el síntoma de la disfagia en el cáncer de esófago de tal modo (y uno cualitativo solo no va a proporcionar toda la imagen del fenómeno Tesch 1990). Por lo tanto, para obtener una comprensión más completa en esta área de investigación sería necesario hacerla más cualitativa.

Este estudio identificó una falta de conciencia tanto de los profesionales de salud como de pacientes en cuanto a la naturaleza potencialmente siniestra de la disfagia. En vista de esto la educación es necesaria para aumentar el conocimiento sobre el cáncer de esófago tanto en el público como en los profesionales de salud. Esto es en particular relevante dada la incidencia creciente de la enfermedad.

Este estudio reportó que en el hospital las necesidades alimenticias del paciente no siempre eran encontradas. Considerando la asociación entre el hambre y la desnutrición en pacientes con el cáncer de esófago.

Este pequeño estudio cualitativo ha examinado un área de investigación inexplorada y por lo tanto no proporciona un cuadro comprensivo del fenómeno. Para permitir la corroboración de los hallazgos de este estudio y obtener una mayor penetración en el área, se recomienda hacer un estudio más grande.

En Australia los datos sobre la epidemiología de la disfagia en la población son escasos. Poco se conoce sobre la prevalencia, factores de riesgo e impacto en la calidad de vida de la disfagia en la comunidad. Por ello, se realizó una investigación con 1000 adultos, escogidos aleatoriamente de las listas electorales en Sydney Australia. (Eslick & Talley, 2008)

A esta población de investigación le fue aplicado un cuestionario para estudiar la epidemiología del dolor en el pecho y trastornos relacionados que incluyen la disfagia, donde se evaluaron factores de riesgo como: angina, infarto agudo de miocardio, diabetes mellitus, colesterol alto, presión arterial alta y el tabaquismo, condiciones psicológicas (ansiedad, depresión y neurosis). La calidad de vida se midió utilizando el cuestionario SF-36 compuesto, en primer lugar, de las medidas de salud física (función física, rol físico, dolor corporal y la percepción general de la salud), y en segundo lugar, las medidas de salud mental que incluyen (Funcionamiento social, rol emocional y salud mental).

De las 1000 personas se excluyeron 74 participantes por diversas causas lo cual dejó una muestra válida de recibir el cuestionario de 926 sujetos. Al cierre de la encuesta solo 16 sujetos (1,6%) se negaron a participar. El cuestionario fue devuelto por 672 personas, con una tasa de respuesta del 73%.

De los resultados, la disfagia nunca se informó 16% (n = 110). En múltiples análisis se encontró que la odinofagia se asoció independientemente con la enfermedad de reflujo gastro-esofágico (ERGE) (OR = 3,41, IC 95%: 01.16 a 10.04). La disfagia intermitente se asoció de forma independiente con ERGE (OR=2,96, IC 95%: 1,76-4,98) y la ansiedad (OR = 1,09, 95% IC: 1.1 a 1.19). La presencia de disfagia progresiva se asoció de forma independiente con la depresión (OR = 1,34, IC del 95%: 1,07 a 1,67). Disfagia progresiva se asoció de forma independiente educación de la "salud general" (OR = 0,95, 95% CI: .90 a .99), mientras que la disfagia intermitente se asoció con una reducción del "rol físico" (OR = 0,98, IC del 95% IC: 0,97-0,99).

En el estudio de Molteni y cols, (2009) realizado en 11 participantes con trastornos de la deglución después de una laringectomía parcial fueron tratados con inyección con endoscopia de polidimetilsiloxano-PDMS-. Se evaluó la calidad de vida con cuatro cuestionarios (MD Anderson de la disfagia, la Escala de desempeño estado para el cáncer de cabeza y cuello, la Escala de Performance de Karnofsky (KPS) y Voice Handicap Index-10) antes y después del tratamiento.

Los trastornos de la deglución y problemas de habla son complicaciones muy comunes de la laringectomía parcial. Es una medida obligatoria para los pacientes oncológicos. La inyección PDMS mostró una mejora en la vida cotidiana de los pacientes seleccionados

Una mejora significativa en la calidad de vida de los 11 pacientes se observó después de la inyección endoscópica. El impacto de este tratamiento sobre la vida social de los participantes era considerable

En nuestro estudio, los resultados indican que, en los pacientes después de una laringectomía parcial, con trastornos de la deglución se ve afectada la calidad de vida y que la inyección endoscópica de PDMS es útil para restaurar una deglución normal, mejorando así la calidad de vida.

Trastornos de la deglución y problemas del habla son complicaciones muy comunes de la laringectomía parcial. Inyección endoscópica de PDMS parece ser útil en estos casos, con una mejoría subjetiva de la calidad de vida de los pacientes. Los cuestionarios utilizados han demostrado ser útiles y específicos en el análisis de cómo el habla y la deglución afectan la calidad de vida del paciente y en la evaluación de la mejora después del tratamiento. Este estudio mostró que las inyecciones de PDMS en pacientes seleccionados realmente mejoran la calidad de vida, pero son necesarios más estudios debido al tamaño pequeño de la muestra

Se realizó una investigación en la cual se abordó el estado de salud actual y los efectos de una intervención terapéutica en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello a

menudo sufren de disfagia orofaríngea , con un instrumento de calidad de vida se considera una importante herramienta de evaluación

A algunos cuestionarios sobre la salud relacionados con la calidad de vida con respecto a la disfagia orofaríngea puede encontrar en la literatura: la SWAL-QOL , el MD Anderson disfagia Inventory (MDADI) , y el Índice de Handicap deglución (DHI) se utilizaron cuestionarios psicométricos debe ser bien conocido y de una calidad suficientemente alta, de lo contrario los resultados del estudio no puede interpretarse o atribuido alguna relevancia clínica. Aunque la fiabilidad y validez de la SWAL-QOL se ha descrito, poco se sabe acerca de la calidad psicométrica de la MDADI o el DHI. El SWAL-QOL es un elaborado 44-tema el cuestionario contiene 11 subescalas. Aunque el SWAL-QOL se utiliza comúnmente en la investigación, su aplicación en la práctica clínica diaria es limitada ya que los médicos necesitan un cuestionario corto, fácil de manejar para una rápida detección. En este sentido, la validez y la confiabilidad de la versión holandesa del DHI y el MDADI para su uso en pacientes oncológicos con disfagia orofaríngea se determinó en este estudio.

Para comprobar la utilidad de los cuestionarios se escogieron a través de la consulta externa 76 pacientes que fueron incluidos en el estudio: 57 (75%) hombres y 19 (25%) mujeres, con edades 45 a 83 años. La edad media fue de 64 años para los hombres y 61 para las mujeres.

En la investigación de Speyer, R. y cols (2011) a los pacientes se les pidió que contestaran los cuatro cuestionarios, ya sea durante su visita ambulatoria o teléfono en casa. Dentro de 2 semanas después de esta primera medición, todos los pacientes recibieron por correo la MDADI, DHI, y la Escala de Gravedad de disfagia a los efectos de medidas repetidas. Los investigadores se aseguraron de que todas las mediciones repetidas fueron enviados de vuelta a tiempo para el análisis adecuado test intervalo

La Escala de Gravedad de disfagia es una herramienta de evaluación de diseño propio que consiste en una escala analógica visual, la cuantificación de la severidad de la alteración en la deglución y la extensión del deterioro experimentado por el paciente. Una puntuación de 100 (el máximo) indica la capacidad de deglución normales, mientras que una puntuación de cero indica un deterioro extremo tragar o incapacidad para deglutir.

Análisis descriptivo de la MD Anderson disfagia Inventory (MDADI), el Índice de Handicap deglución (DHI), la Escala de Gravedad de la disfagia y la SWAL QOL-

Calidad de vida a escala	Rango de escala	de La mediana (25 ' , 75' percentiles)	N
SWAL calidad de vida a			
Carga	0-100	63 (6, 75)	73
Alimentos selección	0-100	75 (25; 88)	71
Comer duración	0-100	25 (0, 63)	71
Comer deseo	0-100	75 (27; 100)	72

Calidad de vida a escala	Rango escala	de La mediana (25 ', 75' percentiles)	N
Miedo	0-100	88 (69, 100)	71
Dormir	0-100	75 (44; 88)	73
Fatiga	0-100	58 (33, 83)	73
Comunicación	0-100	63 (50; 88)	71
Salud mental	0-100	65 (30, 90)	71
Funcionamiento social	0-100	65 (25, 92)	73
Síntomas	0-100	63 (44, 77)	73
DHI b			
Puntuación total	0-120	36 (20; 46)	42
Subpuntuación Emocional	0-40	10 (2, 22)	46
Subpuntuación funcional	0-40	12 (8, 19)	44
Física Subpuntaje	0-40	10 (6, 16)	44
MDADI a, c			
Puntuación total	20-100 2	66 (51, 77)	74
Evaluación global	1-5	4 (2, 4)	76
Subpuntuación Emocional	6-30	20 (15, 25)	75
Subpuntaje funcional	5-25	17 (13, 21)	75
Física subpuntuación	8-40	25 (19, 29)	75
La disfagia escala de gravedad de un	0-100	49 (34, 71)	57

Puntuaciones más bajas indican una calidad más gravemente afectada de la vida o la capacidad para deglutir (MDADI, la Escala de Gravedad de la disfagia, SWAL-QOL) Puntajes más altos indican mayor calidad de vida gravemente deteriorada (DHI). De acuerdo con Chen et al. el rango de calificaciones es de 0 a 100, mientras que usando una escala de 1-5. En este estudio el rango de calificaciones se ha ajustado

En eñl 2007 Wilkins y cols realizan un estudio donde presentan la prevalencia de los pacientes con disfagia en la atención primaria realizando una encuesta desarrollada por (Flesch-Kincaid nivel de lectura de 6,6) para evaluar las preocupaciones de los pacientes relacionados con problemas de deglución. La encuesta incluyó cuatro temas demográficos (edad, sexo, etnia y raza) y 9 elementos de contenido que abordan las dificultades para tragar (es decir, la frecuencia, la duración, los alimentos, la preocupación del paciente, el impacto en el funcionamiento diario, la discusión con el médico, la

medicina, el tratamiento adicional esfuerzos, pruebas de diagnóstico previo).esta encuesta se le realizo a los pacientes que se encontraran dispuestos a contestarla y que se encontraran en la sala de espera de la clínica esperando entrar a su cita médica, se le realizo a 947 participantes en el estudio, 214 (22,6%) informaron de disfagia un mínimo de varias veces al mes. Los informes disfagia tenían más probabilidades de ser mujeres (80,8% vs 19,2% hombres, P = 0,002) y mayores (edad media de 48,1 en los pacientes con disfagia vs edad media de 45,7 en los pacientes sin disfagia, P = 0,001). No hubo diferencias raciales en la prevalencia de la disfagia.otro resulta que se pude evidenciar es que casi la mitad de los pacientes con disfagia (46,3%) no había hablado con su médico acerca de sus síntomas. Como era de esperar, los pacientes que estaban preocupados por sus problemas para deglutir.

Este estudio también presento Varias limitaciones ya que las personas que realizaban la encuesta eran personas que no estaban capacitadas sobre este tema. En segundo lugar, no evaluamos síntomas de ERGE y otros problemas médicos que habrían sido útiles para determinar las tasas de prevalencia en relación con estos síntomas y enfermedades. Demás fue difícil determinar la dirección temporal de los resultados de regresión, y deben ser tomados como indicativos solamente. Además, algunos pacientes pueden haber malinterpretado nuestras preguntas de la misma que le preguntó: "¿Con qué frecuencia tiene problemas para deglutir?" No estamos seguros de qué impacto, si lo hay, esta mala interpretación puede haber tenido sobre nuestra tasa de prevalencia pero no hay que olvidar que este estudio está basado sobre la percepción del paciente

Tabla.

Los descriptores de los pacientes con disfagia clínicamente significativa (un mínimo de varias veces al mes) y sin disfagia (n = 947) *

	Total n (%)	No. Los pacientes con disfagia (%) †	No. Los pacientes sin disfagia (%) †
Los pacientes con disfagia	214 (22.6)		
Los pacientes sin disfagia	733 (77.4)		
Edad (media ± DE)		48,1 (14,4) ‡	45.7 (16.6)
Género			
Masculino		41 (19,2) §	213 (29.1)
Femenino		173 (80,8) §	519 (70.1)
Raza			
Hispano		4 (2.1)	23 (3.6)
No-Hispano		183 (97.9)	624 (96.4)
Raza			
African American		90 (43.1)	281 (39.2)

	Total n (%)	No. Los pacientes con disfagia (%) †	No. Los pacientes sin disfagia (%) †
Blanco		115 (55.0)	426 (59.3)
Otro		4 (1.9)	11 (1.5)
Frecuencia de la disfagia			
Varias veces al mes	106 (49.5)		
Varias veces a la semana	68 (31.8)		
Varias veces al día	40 (18.7)		
Duración			
<1 año	56 (26.8)		
1 a 5 años	99 (47.4)		
5 o más años	54 (25.8)		
La consistencia de los alimentos asociado con disfagia			
Sólidos sólo	101 (49.0)		
Los líquidos sólo	13 (6.3)		
Ambos sólidos y líquidos	92 (44.7)		
Los pacientes con disfagia que no toman medicación para sus síntomas	126 (60.6)		
Los pacientes con disfagia que no han tenido una prueba de diagnóstico de sus síntomas	136 (65.1)		
Preocupado por disfagia	136 (63.6)		

* Las cifras no incluyen los datos que faltan.

† Los porcentajes son en grupo demográfico. Por ejemplo, el 19,2% de los pacientes del sexo masculino informó disfagia.

‡ Los pacientes con disfagia fueron significativamente mayores que los pacientes sin disfagia (P = 0,001).

§ La diferencia de género en la disfagia es significativa (P = 0,002).

Tabla
Impacto Psicológico y Conductual de la disfagia *

Impacto	N°. ¿Quién han hablado con el médico acerca de disfagia (%) †	N°. ¿Quién no han hablado con el médico acerca de disfagia (%)	P
Preocupado por disfagia	86 (63.2)	50 (36.8)	<.0005
La disfagia afecta a comer fuera o comer con otras personas	74 (67.9)	35 (32.1)	<.0005
Evita ciertos alimentos	38 (71.7)	15 (28.3)	0.001
Toma bocados más pequeños	51 (60.0)	34 (40.0)	0.058
Lava los alimentos con líquidos	51 (56.7)	39 (43.3)	0.207
No hay medicamentos para los síntomas de disfagia	45 (35.7)	81 (64.3)	<.0005
No hay pruebas de diagnóstico para los síntomas de disfagia	65 (89.0)	8 (11.0)	<.0005

* Los datos presentados en χ^2 análisis de los pacientes con disfagia solamente (n = 214), los datos que faltan no incluidos.

† Los porcentajes son en grupo. Por ejemplo, los pacientes que 63,2% estaban preocupados por su disfagia habló con su médico acerca de sus síntomas.

Se evidencia que las personas con disfagia presentan dificultades para interactuar en el artículo Social importance of dysphagia: Its Impact on diagnosis and therapy de los autores A. Farri, A. Accornero, C. Burdese.(2007), se identifica cuáles son los mayores temores de compartir con los demás Los resultados muestran que los pacientes con disfagia tienden a aislarse más, y, de hecho, muchos evitan salir a comer con otras personas en parte porque se sienten avergonzados, o porque necesitan ayuda durante las comidas, o porque se sienten menos interesados por los alimentos. Lo que hace que se vuelva unas personas emocionalmente muy frágiles, inseguros prefieren estar aislados de sus amigos y demás. por estas razones se han creado fundaciones o grupos que buscan ayudar a los usuarios que presentan disfagia.

La fundación National Foudation of Swallowing Disorders NFOSD el compromiso de esta fundación es mejorar la calidad de vida de las personas que sufren de todo tipo de trastornos de la deglución por arrojar luz sobre el problema de salud

de la disfagia. A través de la educación, la información de recursos, apoyo al paciente, y la investigación y desarrollo. El objetivo de la NFOSD es traer a la conciencia Disfagia el público en general, hacer la investigación y el desarrollo contemporáneo disponible y crear un foro virtual que abordar y apoyar los aspectos físicos, mentales, emocionales y psicológicas de la disfagia. (Labs, 2012)

Se trabaja con grupos de apoyo en los cuales se cuentan las historias de cada uno y se dan diferentes pautas que pueden llegar a mejorar su calidad de vida, está acompañado por un grupo interdisciplinario, por otro lado se han creado grupos en Facebook que hablan sobre la disfagia se encuentran grupos de Brasil que dan información de todo tipos.

Se evidencia que el apoyo que se encuentra para las personas con disfagia no es muy amplio debido a que solo se trabaja la enfermedad mas no se trabaja la interacción del usuario aun que en la fundación se tiene en cuenta al grupo familiar.

En un estudio prospectivo de corte trasversal planteado por Leow, L, en 2010, se evaluó la incidencia de la disfagia en la calidad de vida en los adultos mayores saludables y los adultos mayores con Parkinson se llevó a cabo una entrevista a 360 adultos mayores de un hogares geriátricos de los cuales el 45% consideraban que comer debe ser una experiencia agradable, el 41% sienten pánico y ansiedad durante la hora de la comida, 35% evitan comer con acompañantes a causa de la disfagia debido a que les produce tos, episodios de ahogo son algunos síntomas de la enfermos de Parkinson en cuanto a la disfagia el 63% de los adultos mayores saludables la han presentado se ha logrado encontrado en investigaciones anteriores que la disfagia han disminuido la calidad de vida de las personas debido a que hay aislamiento social y la depresión también son comúnmente reportados aunque estas investigaciones se queda cortas debido a que solo realizan evaluaciones subjetivas de disfagia y en cuanto mirar la calidad de vida de la persona no mirar lo que le está afectado que es el proceso de deglución debido a que las encuestas van a la parte física del usuario.

El propósito del este estudio fue evaluar el impacto de la disfagia en la calidad de vida en los adultos mayores con disfagia utilizando la ingestión de Calidad de Vida (SWAL-QOL) cuestionario con 44-tema, validado cuestionario . Gravedad de la enfermedad se ha asociado con una disminución aún más en general la calidad de vida y un aumento en los síntomas de disfagia, por lo que prevé que esto se refleja como una disminución en SWAL-QOL comparación con los controles sanos mayores. Después de a ver visualizado esta situación con la encuesta realizada por los hogares se realizó un reclutamiento de 68 adultos mayores a los cuales fueron llevados a habitaciones tranquilas el análisis de este estudio se efectuó con el modelo descrito por McHorney, los autores de la SWAL-QOL. McHorney construyeron una escala para realizar la calificación la escala estaba de 0 -100 donde 100 representaba el estado favorable y 0 es el estado menos favorable como resultado se evidencio que todos los sujetos fueron capaces de completar el SWAL-QOL sin dificultad. La Pruebas no reveló diferencias significativas en las puntuaciones de los adultos jóvenes y los adultos mayores de los diferentes grupos de la SWAL-QOL, Una diferencia significativa se detectó en los síntomas, por lo que los adultos mayores sanos experimentaron mayor síntomas tales como tos, comida atorada en la garganta, y el exceso de flema y la saliva que sus contrapartes más jóvenes. Los ancianos pueden considerar la tos, problemas de masticación, El principal hallazgo de este estudio es que la calidad de vida es significativamente reducida en los sujetos con enfermedad de Parkinson

La diferencia más significativa entre los adultos sanos y en sujetos con EP fue por dificultad para deglutir. La carga de tener disfagia puede afectar a la salud mental, un punto de escala para la que hubo una diferencia significativa entre los adultos mayores y los adultos jóvenes como conclusión se puede decir que la calidad de vida de los adultos mayores con la enfermedad de Parkinson tiene una dificultad para deglutir el alimento esto es suficientemente grave como para afectar significativamente la calidad de vida.

Tabla

SWAL-QOL subsecciones y el total a SWAL-QOL para los adultos jóvenes y ancianos sanos

SWAL-QOL subsecciones	Los jóvenes adultos (porcentaje de puntuación para cada inciso)		Ancianos sanos (porcentaje de puntuación para cada subsección)		P valor
	promedio	desviación estándar	promedio	desviación estándar	
Alimentos selección	100	-	97.7	6.8	0.188
carga	100	-	98.4	6.3	0.333
salud mental	100	-	99.7	1.3	0.333
funcionamiento social	100	-	100	-	-
miedo	100	-	98.1	7.8	0.333
Comer duración	98.4	4.3	7.8	13.7	0.290
Comer deseo	99	4.2	99	2.8	0.996
comunicación	100	-	93	14.4	0.070
Dormir	88.3	16.8	81.3	24.6	0.352
fatiga	88	11.4	87	14.3	0.821
frecuencia de los síntomas	97	4.2	91 10.4	10.4	0.045*
La media de puntuación de SWAL-QOL a través de las subsecciones	97.3	2.5	94.5	6.5	0.119

SD desviación estándar * Significativo con P B 0,05 determinado por independiente-Prueba T para muestras

Capítulo II- Metodología

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo ya que tienen como objetivo determinar las características de la participación del adulto con disfagia, en sus factores contextuales, el impacto en la participación social y el desempeño de los roles en sus diferentes contextos. Estableciendo un instrumento para caracterizar a la población investigando diferentes variables que den cuenta de los cambios en sus contexto familiar, social, laboral y culturales mirando las barrera y facilitadores que el entorno le proporciona de acuerdo a (Hernández, Fernández-Collado, & Baptista, 2006 y Méndez, 2011).

Estableciendo las características demográficas, identificado las diferentes conductas y actitudes de los adultos que se encuentran participando en la investigación, comportamientos concretos en los que se logre observar el impacto de la disfagia en la calidad de vida. Para ello se propone un diseño transversal que permita recolectar información del sujeto y de su entorno familiar, social y laboral, se seleccionará y aplicará un instrumento que permita vislumbrar las variación de las condiciones y de la participación social del adulto después de haber adquirido una deficiencia como la disfagia, este instrumento será elegido por consenso de acuerdo a las necesidades de la investigación y/o elegido entre cuestionarios y pruebas validadas ya existentes y documentadas para tal fin.(Méndez, 2011).

En esta investigación se realizó la recolección de datos, se distribuyen en 2 fases una de ellas es la ficha bibliometrica que se creó para recoger información sobre artículos investigativos en la cual se recopiló información de diferentes base de datos donde se encontró 934 artículos relacionados con la calidad de vida y la participación social; en pacientes con disfagia, la segunda fase es la matriz de coherencia en la cual se seleccionó unas variables de acuerdo a sus contextos, como familiar, laboral, social y cultural.

La validación del instrumento se obtendrá a través del juicio de expertos, actividad que se realizara en todas las fases de la investigación, con a fin de poner a consideración y juicio de conocedores el instrumento de evaluación de calidad de vida y participación social en pacientes con disfagia y asimismo elaborar el montaje metodológico del instrumento, con el fin único de garantizar la calidad y validez del instrumento.

El método que se seguirá es de observación, teniendo en cuenta que en el desarrollo de esta investigación la principal fuente de datos será la medición de las condiciones de vida modificadas posterior a un evento de salud, que genera una deficiencia y que influye directamente sobre acciones que antes realizaba y ahora no o por lo menos no igual que antes. De acuerdo con esto, la observación debe tener condiciones especiales, como ser planeada y controlada sistemáticamente para determinar que se quiere observar y cual posiblemente podrían ser sus resultados, además debe ser usada para lograr los objetivos planteados en la investigación y debe ser planeada consecuentemente con el marco teórico consolidado para la investigación (Méndez, 2001).

2.2 Entidades Participantes

La Alcaldía de Sopó- Cundinamarca, la secretaria de salud y la Unidad de Atención Integral se interesaron por la propuesta de investigación y así favorecer a la población con discapacidad del municipio

2.3 Dificultades del Estudio

Los registro de discapacidad tiene en sus formatos de identificación diversos ítems donde se pregunta la dificultad para alimentarse donde también se tiene en cuenta aspectos como ingesta, asimilación y metabolismo de los mismos, siendo estos últimos de injerencia para otras especialidades médicas y nutrición. Esta dificultad no permitía identificar claramente u haber la ubicación de discapacidad de las personas que cumplieran los criterios de inclusión.

2.4 Población Participante

Los participantes de esta investigación cumplirán los criterios de inclusión de ser ciudadano colombiano, ser mayor de 18 años y quienes hubiesen cursado con alteración neurológica, funcional o anatómica que generara disfgia con cualquier característica comunicativa en su entorno personal, familiar, social y laboral. Los criterios de exclusión son adultos con deficiencias de deglución de tipo miofuncional

Capítulo III- Aplicación y Desarrollo

Se diseñó un instrumento basados en el cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la OMS denominado WHO-DAS II, en versión en lengua española derivado de la Clasificación Internacional de la Funcionalidad de Discapacidad y la Salud.

La propuesta de investigación propone ser desarrollada en un periodo de hasta 18 meses divididos en 4 fases, a saber:

Primera fase: Se desarrollarán los aspectos teóricos que sustentarán el desarrollo de la propuesta, se espera consolidar información sobre el estado de la discapacidad comunicativa en adultos, tanto en el ámbito nacional como en el internacional y las acciones que se han llevado a cabo en este sentido. Paralelo a esto se establecerá contacto con otras instituciones que estén interesadas en consolidar alianzas y/ convenios para desarrollar la investigación.

Segunda fase: Iniciará con la consolidación de las alianzas y la búsqueda de población o datos poblacionales relacionados con el problema planteado, se diseñarán o adoptará los instrumentos de recolección de la información y los datos, que den cuenta de las variables que quieren explorarse. En esta fase se propone apoyos institucionales que permitan acercamiento gubernamental.

Tercera fase: Esta fase incluye la consolidación de datos que permitan inciar análisis cualitativos y cuantitativos a partir de análisis estadísticos. Estos resultados serán la base

para generar la caracterización del impacto de la discapacidad comunicativa en adulto en su desempeño y participación.

Cuarta fase: Se elaborará el informe final del estudio, el cual además de sustentar el estudio investigativo, permitirá elaborar informes distritales que tengan relación con la discapacidad y la inclusión del adulto en situación de discapacidad.

Capítulo IV- Resultados

Se obtuvieron 111 registros de encuestas correspondientes a 53 Personas con Deficiencia en la Deglución (PDD) asociada a causas remotas de origen neurológico o mecánico; de éstos 53 registros 36 corresponden a las PDD quienes respondieron la totalidad de la encuesta por sí mismos; mientras que 17 registros fueron diligenciadas por algún familiar, cuidador, amigo o vecino. De las 58 encuestas restantes el diligenciamiento fue realizado por familiares, cuidadores, amigos y vecinos respecto a los ítems descritos para la recolección de los datos de acuerdo a los contextos.

El primer análisis se orientara a los datos sociodemográficos que corresponden a los 53 PDD participantes. Los PDD se ubican en un rango de edad entre 19 y 97 años con una media de 62 años, en la distribución por rangos (Tabla 1) cabe resaltar que la población con mayor porcentaje de edad en la que se presentan las deficiencias de deglución está en el rango de 85 a 97 años con un 26,4%, seguido de un 18,9% en el rango de 72 a 84 años y 15,1% en el de 59 a 71 años, observando de esta manera que el grupo poblacional de la tercera edad presenta deficiencias en deglución en un 60%.

Tabla 1
Distribución por rango de edad

	Frecuencia	Porcentaje
Rangos	<= 19	1,9
	20 - 32	18,9
	33 - 45	13,2
	46 - 58	5,7
	59 - 71	15,1
	72 - 84	18,9
	85 - 97	26,4
	Total	100,0

En relación con la distribución de la población por género hay una mayor prevalencia de mujeres con un 54.7% frente al 45.3% de hombres (Tabla 2). La zona de residencia

donde se tiene mayor aglomeración de PDD es a nivel urbano con 79.2% (Tabla 3), la correlación entre género y zona de residencia muestra que en zona rural la distribución de hombres es del 11.3% y de mujeres 9,4%, entre tanto en la zona urbana, la representación de los hombres es de 34% y mujeres 45.3%. La estratificación socioeconómica está representada por los estratos del 0 al 3 con la siguiente relación porcentual entre cada uno así: ESE 0 (18.9%), ESE 1 (3.8%), ESE 2 (37.7%) y ESE 3 (39.6%).

Tabla 2

Distribución por género

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	29	54,7
	Masculino	24	45,3
	Total	53	100,0

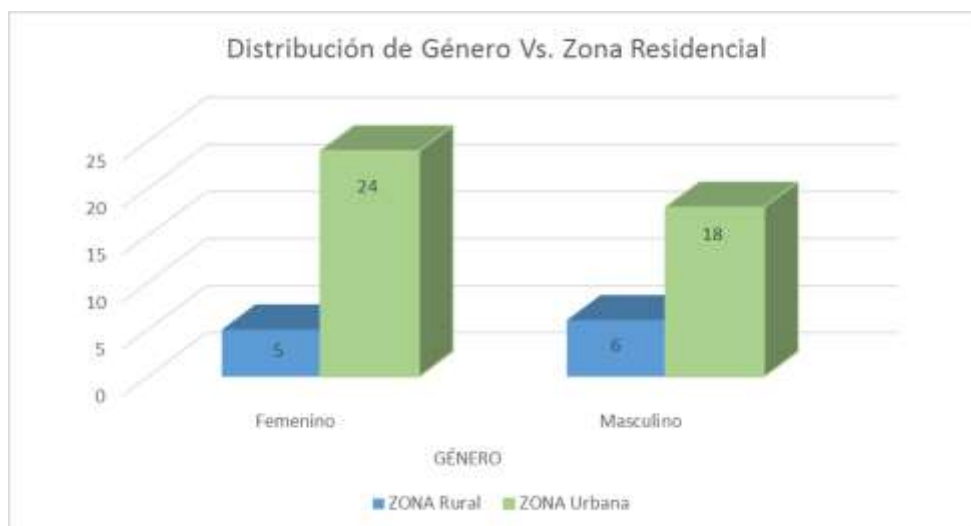
Tabla 3

Distribución por zona de vivienda

		Frecuencia	Porcentaje
Zona	Rural	11	20,8
	Urbana	42	79,2
	Total	53	100,0

Es importante denotar que en la distribución de generó según la zona de residencia (Figura 1) en ambas zonas la superioridad de PDD de género femenino. Esta característica pone en consideración elementos de predominio femenino que se relacionan como las actividades de elaboración de alimentos y compartir momentos relacionados con la alimentación en contextos familiares, sociales y laborales.

Figura N°. 1



Los sistemas de salud están ampliamente distribuidos en 13 Entidades Promotoras de Salud-EPS (Tabla 4) tanto de origen privado, público y mixto, las EPS más representativas son Convida (28.3%) y Nueva EPS (20.8%) ambas naturaleza pública, cabe resaltar que el 5.7% no reportan la EPS a la que pertenecen, de las entidades de naturaleza privada están representadas en un 37.7%. Esto pone de manifiesto que las personas con condiciones de salud están cubiertas por sistema de salud que cubren las necesidades básicas de asistencia médica y de apoyo.

Tabla 4
Distribución por Entidades Promotoras de Salud

	Frecuencia	Porcentaje
Cafam	1	1,9
Cafesalud	1	1,9
Caprecom	1	1,9
Compensar	4	7,5
Convida	15	28,3
Coomeva	1	1,9
Famisanar	9	17,0
No_Reporta	3	5,7

Nueva Eps	11	20,8
Policia Nacional	1	1,9
Saludcoop	3	5,7
Sanitas	1	1,9
Subsidiado	1	1,9
Susalud	1	1,9
Total	53	100,0

Las PDD reportan como causas remotas condiciones de salud que afectan la deglución por orígenes neurológicos y mecánicos diversos, el 90.1% de las PDD tiene una causa neurológica, el 7.5% son de causa mecánica y sólo el 1.9% no saben o responden; la causa remota con mayor prevalencia es el Alzheimer y Demencia con un 32.1%, seguido de un 26.4% por la Enfermedad de Motriz de Origen Cerebral-EMOC (Tabla 5). La distribución de causas remotas muestran que el 26.4% son adquiridas durante la infancia y el 1.9% de origen congénito.

Tabla 5

Distribución de las Causas Remotas asociadas a la alteración de deglución

		Frecuencia	Porcentaje
Causas Remotas	NS/NR	1	1,9
	Accidente Cerebrovascular	8	15,1
	Alzheimer y Demencia	17	32,1
	Cáncer de Hodking	1	1,9
	EMOC	14	26,4
	EPOC	2	3,8
	Parkinson	5	9,4
	Síndrome de Down	1	1,9
	Síndrome de Williams	1	1,9

Sistema Nervioso	2	3,8
Trauma craneoencefálico	1	1,9
Total	53	100,0

Nota. EMOC (Enfermedad Motriz de Origen Cerebral, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), NS/NR (No sabe/ No responde)

Al analizar la relación entre género y causas remotas (Tabla 6) se identifica que en el género femenino la prevalencia se da con un 18.9% con Alzheimer y demencia, seguido de un 17% con EMOC y el Accidente Cerebrovascular- ACV con un 7.6%; para el género masculino la prevalencia las causas remotas son las mismas con un porcentaje respectivo de 13.2%, 9.5% y 7.5%.

Tabla 6

Distribución de la contingencia entre género y causas remotas

		GENERO		Total
		Femenino	Masculino	
Causas Remotas	NS/NR	1	0	1
	Accidente Cerebrovascular	4	4	8
	Alzheimer y Demencia	10	7	17
	Cáncer de Hodking	1	0	1
	EMOC	9	5	14
	EPOC	1	1	2
	Parkinson	2	3	5
	Síndrome de Down	1	0	1
	Síndrome de Williams	0	1	1
	Sistema Nervioso	0	2	2

	Trauma craneoencefálico	0	1	1
Total		29	24	53

Nota. EMOC (Enfermedad Motriz de Origen Cerebral, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), NS/NR (No sabe/ No responde)

El tiempo de evolución de las causas remotas tiene una rango de variabilidad entre menos de un año y 44 años, el rango entre 2 a 11 años es prevalente con un 24.5%, seguido por el rango de 12 a 21 años con un 22.6% y el 20.7% en los rangos de 22-31 y 32-44 años. Cabe resaltar que el 28.3% corresponde a las PDD que no responden o no saben el tiempo de evolución de su condición de salud. Al analizar la relación entre el tiempo de evolución para cada una de las causa remotas (Tabla 7) se identifica que los accidentes cerebro vasculares, Demencia y Enfermedad de Alzheimer tienen mayor prevalencia en el rango de 2-11 años, el rango de 12-21 años lo caracterizan Enfermedad de Parkinson, Enfermedad motriz de origen cerebral y Accidentes cerebro vasculares. Las causas remotas de origen congénito o adquirido en los primeros meses de vida muestran una evolución equivalente a la edad del individuo encontrándose mayor evidencia en los rango de 12-21 (7.5%), 22-31(5.7%) y 32-41años (7.5%).

Tabla 7
Contingencia entre Causas Remotas y tiempo de evolución

		Tiempo de Evolución Deficiencia							Total
		<=	2 -	12 -	22 -	32 -	42 -	NS/NR	
		1	11	21	31	41	51		
Causas Remotas	NS/NR	0	0	0	0	0	1	0	1
	Accidente Cerebrovascular	1	5	2	0	0	0	0	8
	Alzheimer y Demencia	1	6	1	0	0	0	9	17
	Cáncer de Hodking	0	1	0	0	0	0	0	1
	EMOC	0	0	4	3	3	1	3	14
	EPOC	0	0	0	0	0	0	2	2
	Parkinson	0	1	3	0	0	0	1	5

Síndrome de Down	0	0	0	1	0	0	0	1
Síndrome de Williams	0	0	1	0	0	0	0	1
Sistema Nervioso	0	0	0	1	1	0	0	2
Trauma craneoencefálico	0	0	1	0	0	0	0	1
Total	2	13	12	5	4	2	15	53

Nota. EMOC (Enfermedad Motriz de Origen Cerebral, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), NS/NR (No sabe/ No responde)

La distribución por zona residencial de las personas con PDD con respecto a sus causas remotas (Tabla 8) el 79.2% de la población está centrada en la zona urbana, la totalidad (32.1%) de las personas con Enfermedad de Alzheimer y Demencia están ubicadas en ésta zona lo que se relaciona con el hecho que el hogar geriátrico del municipio está en la cabecera municipal, otras causas remotas que se ubican en la zona urbana en orden descendente son Enfermedad motriz de origen cerebral (15.1%), Accidente cerebrovascular (13.2%), Enfermedad de Parkinson (5.7%), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3.8%) y con un porcentaje del 1.9% Cáncer, Síndrome de Down, de Williams, Trauma craneoencefálico y deficiencias del sistema nervioso. En la zona rural se encontró un total de 20.8% de personas con causas remotas tales como Enfermedad Motriz de Origen Cerebral (11.3%), Enfermedad de Parkinson (3.8%) y con un 1.9% Accidente Cerebrovascular y alteraciones del sistema nervioso.

Tabla 8

Contingencias entre zona de residencia y Causas Remotas

		Zona		Total
		Rural	Urbana	
Causas Remotas	NS/NR	1	0	1
	Accidente Cerebrovascular	1	7	8
	Alzheimer y Demencia	0	17	17
	Cáncer de Hodking	0	1	1
	EMOC	6	8	14

EPOC	0	2	2
Parkinson	2	3	5
Síndrome de Down	0	1	1
Síndrome de Williams	0	1	1
Sistema Nervioso	1	1	2
Trauma craneoencefálico	0	1	1
Total	11	42	53

Nota. EMOC (Enfermedad Motriz de Origen Cerebral, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), NS/NR (No sabe/ No responde)

Con respecto a las rutinas diarias se observaron los cambios antes y después de su condición de salud en sus contextos y el factor personal como estado civil, lugar de residencia y grupo de personas con el que vive. El grupo de personas encuestadas el 47.2% respondieron que no cambiaron de residencia debido a su condición de salud, el mismo porcentaje manifestaron que su condición de salud si genero un cambio de residencia y sólo el 5.7% no respondió a este interrogante. Al indagar sobre si se encuentran actualmente trabajando el 81.1% no se encuentra laborando, el 7.5% laboran actualmente y el 11.3% no dan respuesta a este ítem.

Frente al factor personal las PDD fueron interrogadas sobre los cambios que se dieron con su estado civil (Figura 2), manifestando que el 26.4% cambiaron su estado civil después de la condición de salud, el 62.3% no tuvieron cambios y el 11.3% no dieron respuesta a este interrogante. La distribución de los cambios en el estado civil de las PDD (Tabla 9) la cual muestran que los solteros y unión libre se mantienen con una mínima variabilidad del 1.9%, de las personas casadas el 13.2%(7) cambiaron su estado sin especificar puntualmente el cambio, de igual forma la situación de divorcio aumento un 3.8% y la viudez en un 7.1%.

Tabla 9
Distribución del estado civil antes/después de la condición de salud actual

Antes		Después	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje

Estado Civil	NS/NR	8	15,1	6	11,3
	Casado	16	30,2	9	17,0
	Separado	1	1,9	3	5,7
	Soltero	24	45,3	23	43,4
	Unión Libre	2	3,8	2	3,8
	Viudo	2	3,8	10	18,9
	Total	53	100,0	53	100,0

Nota. NS/NR (No sabe/ No responde)

Figura N°. 2



Las PDD presentan una caracterización frente a los cambios frente a las personas o grupo familiar con el que conviven antes y después de la condición de salud (Tabla 10) encontrándose que el 35.8% cambiaron su grupo de convivencia distribuidos así: 18.9% grupo de familia nuclear, el 7.5% en familiares de segundo orden, el 5.6% vivía solo, el 1.9% familia política y 1.9% otro no familiar; en la misma línea de cambio de grupo de convivencia se identifica que el 37.7% paso a vivir en hogar geriátrico y su grupo de apoyo asistencial.

Tabla 10

Distribución de las personas con las cuales vivía antes/después de la condición de salud actual

		Antes		Después	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Vive con:	NS/NR	4	7,5	3	5,7
	Familia Nuclear	38	71,7	28	52,8
	Familiar Político	1	1,9	0	0
	Familia Segundo orden	5	9,4	1	1,9
	Otro no Familiar	1	1,9	0	0
	Hogar Geriátrico	0	0	20	37,7
	Sólo	4	7,5	1	1,9
Total		53	100,0	53	100,0

Nota. NS/NR (No sabe/ No responde)

Al analizar la condición del antes y después de las ocupaciones u oficios de los participantes (Tabla 11) se identifica una disminución en la ocupación de un 34%, aunque cabe resaltar que el 28.3% no dan respuestas a este interrogante frente a su ocupación antes de presentar la condición de salud y esta aumenta a un 30.2% después de la condición de salud. Las PDD tiene ocupaciones u oficios diversos que pueden asociarse en categorías como técnicas/tecnológicas y profesionales 4 personas (7.5%) y 20 ocupaciones u oficios con una ocupación de 17 personas (32.1%) que cumplían con actividades agrarias, de construcción, artes y de hogar, y dedicación exclusiva del hogar o ama de casa 7 personas (13.2%).

Tabla 11

Distribución de ocupaciones antes/después a la condición de salud

		Antes		Después	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
OCUPACIÓN	Agricultor	5	9,4		
	Artesana	1	1,9		

Cocinera	1	1,9		
Conductor	1	1,9		
Construcción	2	3,8	1	1,9
Deshiervador	1	1,9		
Enfermera jefe	1	1,9		
Estudiante	4	7,5	3	5,7
Fotógrafo	2	3,8		
Ganadero	1	1,9		
Hogar	7	13,2	9	17,0
Jardinero	1	1,9		
Minero	2	3,8		
Ninguna	5	9,4	23	43,4
Niñera	1	1,9		
Pintor	1	1,9		
Publicista	1	1,9		
Pensionado	0	0	1	1,9
UAI	1	1,9		
NS/NR	15	28,3	16	30,2
Total	53	100,0	53	100,0

Nota. NS/NR (No sabe/ No responde)

En la misma línea de indagación frente a la situación laboral las PDD se le pregunto específicamente si por la condición de salud que presenta tuvo que cambiar de cargo, labor u oficio, a lo cual respondieron que el 22.6% cambiaron de oficio y el 3.8% dicen que no cambiaron de oficio, pero significativamente un 77.4% no responden o no saben responder al interrogante. De acuerdo con los cambios reportados en el cargo, labor u oficio también se indago por los cambios en la remuneración económica (Tabla 12) los datos más significativos siguen siendo la falta de respuesta específica, de las personas que dieron respuesta consideran que el 17% sus remuneración disminuyó a lo que

recibía antes de presentar la condición de salud y sólo el 3.8% tuvo un aumento en sus ingresos económicos como consecuencia de su cambio de cargo, oficio o labor.

Tabla 12

Cambio en la remuneración económica por la condición de salud

		Frecuencia	Porcentaje
Cambio en remuneración	Aumento	2	3,8
	Disminuyó	9	17,0
	Igual	1	1,9
	NS/NR	41	77,4
	Total	53	100,0

Nota. NS/NR (No sabe/ No responde)

El segundo grupo de análisis se organiza por cada contexto (familiar, laboral, educativo, sociocultural) y factores (ambientales, personales) con sus facilitadores y barreras, percibidos a través de los ítems indagados a los usuarios (53), tanto por los que respondieron por sí mismos (36) como por lo que respondieron a través de otra persona (17), familiares (17), cuidadores (30) y círculo social (11), este último conformado por vecinos o amigos.

El contexto familiar ésta compuesto por dos ítems, el primero preguntó por grado en el cual se involucra en actividades sociales y recreativas con su familia (Tabla 13), entendiendo estas como reuniones familiares, fiestas, cenas, cine y deporte; escenarios en los cuales se dan las actividades de beber y comer, ante este interrogante se evidenció una distribución balanceada desde la mirada del usurario con un 28% que califican su participación baja durante las actividades sociales y recreativas con la familia debido a su deficiencia, el 19% participa ocasionalmente y el 31% considera que si realiza una participación activa. Desde la perspectiva de los familiares el 47% manifiestan que la persona con deficiencia si realiza participación activa, en su contraparte negativa el 35% y el círculo social un 46% expresan que la PDD no participa en las actividades familiares, aunque los cuidadores solo en un 23% consideran esa baja participación.

Tabla 13

Involucramiento en actividades sociales y recreativas con su familia.

Participantes	A		B		C		D		E	
Calificación	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	9	25,0	3	17,6	5	29,4	2	6,7	4	36,4
Casi nunca	1	2,8					1	3,3	1	9,1
Algunas veces	7	19,4	3	17,6	1	5,9	4	13,3	3	27,3
Casi siempre	1	2,8	2	11,8	2	11,8	2	6,7		
Siempre	10	27,8	3	17,6	6	35,3	9	30,0	1	9,1
NS/NR	8	22,2	6	35,3	3	17,6	12	40,0	2	18,2
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

Frente a la independencia y la realización de deberes cotidianos los resultados mostraron que las PDD en un 42%, el 53% de las respuestas dadas en nombre de la persona con deficiencia, el 71% de los familiares, 47% en cuidadores y 46% del círculo social consideran que la PDD no realiza los deberes cotidianos que por su rol hacen parte de su vida (Tabla 14). Es importante resaltar que el 18% del grupo de familiares y 40% de cuidadores dieron calificación de no sabe/no responde frente al interrogante lo que pone en consideración el acercamiento en el círculo cercano a la PDD.

Tabla 14

Realiza deberes cotidianos.

Participantes	A		B		C		D		E	
Calificación	fr	%	fr	%	fr	%	Fr	%	fr	%
Nunca	13	36,1	8	47,1	11	64,7	14	46,7	4	36,4

Casi nunca	2	5,6	1	5,9	1	5,9			1	9,1
Algunas veces	3	8,3			1	5,9			3	27,3
Casi siempre	0	0								
Siempre	10	27,8	2	11,8	1	5,9	4	13,3	1	9,1
NS/NR	8	22,2	6	35,3	3	17,6	12	40,0	2	18,2
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

El contexto laboral de la PDD presentó un comportamiento coherente con la descripción inicial de la situación laboral del grupo (Tabla 11) en donde el predominio de las respuestas es no sabe/no responde lo que se puede asociar con la baja empleabilidad de las PDD. En relación con los datos directos frente a la participación en el contexto laboral (Tabla 15) las PDD y las que respondían por ellas en un 94% cada grupo, el 100% de los familiares y círculo social desconocen si la PDD participa en este contexto laboral en situaciones que se relacionan con momentos de alimentación. Sólo el 6% dio una respuesta frente a la participación aunque su calificación de igual forma es negativa al no participar en las actividades extralaborales donde se den situaciones de alimentación.

<i>Participantes</i>	<i>A</i>		<i>B</i>		<i>C</i>		<i>D</i>		<i>E</i>	
<i>Calificación</i>	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
Nunca	1	2,8	1	5,9			1	3,3		
Casi nunca	1	2,8								
Algunas veces										
Casi siempre										
Siempre										

NS/NR	34	94,4	16	94,1	17	100,0	29	96,7	11	100,0
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

En cuanto al contexto sociocultural la población adulta realiza actividades diversas donde el proceso de deglución tiene una relevante participación, un ejemplo de ello es son los eventos religiosos donde en el acto litúrgico de comulgar es necesario beber y comer; es por ello durante la encuesta se indagó si participa en actividades religiosas y cuyo resultado (Tabla 16) mostró que la PDD en un 72% participa de estos actos y el 19% no participa, desde las respuestas de otras personas en nombre del usuario la baja participación es identificada en un 29%, 35% lo hace ocasionalmente y el 18% no sabe/no responde. La perspectiva de familiares es positiva frente a la participación con un 59%, según cuidadores 37% y en su círculo social del 46%.

Tabla 16
Participación en actividades religiosas

Participantes	A		B		C		D		E	
Calificación	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	7	19,4	3	17,6	1	5,9	7	23,3	4	36,4
Casi nunca			2	11,8			1	3,3		
Algunas veces	3	8,3	6	35,3	2	11,8	6	20,0	1	9,1
Casi siempre	2	5,6	1	5,9	5	29,4	1	3,3		
Siempre	24	66,7	2	11,8	5	29,4	10	33,3	5	45,5
NS/NR			3	17,6	4	23,5	5	16,7	1	9,1
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

En actividades sociales donde se desarrollan acciones recreativas o culturales se presentan situaciones que relacionan alimentación ya sea por trabajo o diversión. La tabla 17 muestra que la baja participación en éstas actividades es manifiesta por las PDD en un 56%, 47% por las personas en nombre de la PDD, el 59% de los familiares, 40% de cuidadores y 64% del círculo social. Solo para cuidadores y PDD en un 33%, las personas que responden en su nombre 24% y círculo social 18% consideran que se realiza una participación activa.

Tabla 17
Participación en actividades recreativas y culturales

<i>Participantes</i>	A		B		C		D		E	
<i>Calificación</i>	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	19	52,8	5	29,4	10	58,8	11	36,7	7	63,6
Casi nunca	1	2,8	3	17,6			1	3,3		
Algunas veces					2	11,8	3	10,0		
Casi siempre	2	5,6	1	5,9					1	9,1
Siempre	12	33,3	4	23,5	1	5,9	10	33,3	2	18,2
NS/NR	2	5,6	4	23,5	4	23,5	5	16,7	1	9,1
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

En el contexto social los eventos sociales (Tabla 18) como bazares, celebraciones públicas, fechas con significado relevante o reunirse con amistades o conocidos en varias ocasiones generan el compartir con alimentos de beber y/o masticar. Las PDD entrevistadas manifestaron no volver a participar en un 36% y un 45% si participan en eventos sociales, esta percepción positiva de participación es soportada por el círculo social, cuidadores y familia con un 18%, 33% y 24% respectivamente.

Tabla 18
Participación en eventos sociales

<i>Participantes</i>	A		B		C		D		E	
Calificación	fr	%	Fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	11	30,6	3	17,6	2	11,8	6	20,0	3	27,3
Casi nunca	2	5,6	1	5,9	1	5,9	2	6,7	1	9,1
Algunas veces	7	19,4	5	29,4	2	11,8	6	20,0	2	18,2
Casi siempre	2	5,6	3	17,6	1	5,9	1	3,3	2	18,2
Siempre	14	38,9	1	5,9	7	41,2	10	33,3	2	18,2
NS/NR			4	23,5	4	23,5	5	16,7	1	9,1
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

Los adultos que aun participan en un contexto educativo, al indagarles sobre como se han presentado los procesos de deglución las PDD expresaron sólo el 17% participan activamente y frente a las personas que rodean al grupo de personas con deficiencia como círculo social, cuidadores, familiares y las personas que respondían por ello, en su mayoría manifiestan no tener conocimiento sobre la participación en éstas actividades evidenciando un predominio de la respuesta no sabe/no responde. El porcentaje de respuestas negativas a la participación en actividades de alimentación en el contexto escolar es bajo con un rango entre 3% y 6%. (Tabla 19)

Tabla 19
Participación en actividades de alimentación

<i>Participantes</i>	A		B		C		D		E	
Calificación	fr	%	Fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	2	5,6			1	5,9	1	3,3		

Casi nunca										
Algunas veces	2	5,6								
Casi siempre	1	2,8								
Siempre	5	13,9	1	5,9	1	5,9	2	6,7	1	9,1
NS/NR	26	72,2	16	94,1	15	88,2	27	90,0	10	90,9
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

La participación en actividades extracurriculares hace referencia a la participación de la PDD en procesos de deglución durante onces/nueves, almuerzo y espacios recreacionales propios del rol que cumplen en este contexto escolar. Para esta categoría (Tabla 20) sólo el 6% de las PDD y las personas que respondían en su nombre manifiestan su participación en actividades extracurriculares con sus compañeros; igualmente la mayoría de personas que rodean a la PDD manifiestan no tener conocimiento sobre la participación en éstas actividades evidenciando un predominio de la respuesta no sabe/no responde.

Tabla 20

Participación en actividades extracurriculares con sus compañeros

<i>Participantes</i>	A		B		C		D		E	
Calificación	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	2	5,6			1	5,9	1	3,3		
Casi nunca	1	2,8								
Algunas veces	2	5,6					1	3,3		
Casi siempre							1	3,3		
Siempre	2	5,6	1	5,9						

NS/NR	29	80,6	16	94,1	16	94,1	27	90,0	11	100,0
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

En relación al Factor Ambiental donde se tiene en cuenta facilitadores y barreras que a nivel externo a la PDD puede influir para su restricción o participación efectiva en cualquier contexto de acuerdo a su rol. En la Tabla 21 se ponen en manifiesto los apoyos tecnológicos, infraestructura y estrategias para realizar actividades cotidianas en el hogar como lo pueden ser utensilios para alimentarse adaptados, uso de espesantes para asegurar una ingesta segura y adaptada al proceso de rehabilitación o modificaciones posturales ara el proceso de deglución. Los resultados encontrados mostraron de forma positiva las adaptaciones expresado por las PDD, las personas que hablan en su nombre, familiares, cuidadores y círculo social en un 22%, 18%, 24%, 23% y 18% respectivamente; de igual forma se expresa la ausencia de apoyos para cotidianidad en porcentajes por encima del 18% hasta 40%, siendo este último el expresado por las PDD lo que nos permite ver la necesidad sentida de realizar ajustes tecnológicos s para esta población.

Tabla 21

Apoyos tecnológicos, infraestructura y estrategias para realizar actividades cotidianas en el hogar

<i>Participantes</i>	A		B		C		D		E	
<i>Calificación</i>	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	14	38.9	6	35.3	5	29.4	5	16.7	2	18.2
Casi nunca					1	5.9				
Algunas veces	1	2.8			1	5.9				
Casi siempre	2	5.6					2	6.7		
Siempre	8	22.2	3	17.6	4	23.5	7	23.3	2	18.2
NS/NR	11	30.6	8	47.1	6	35.3	16	53.3	7	63.6

Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0
-------	----	-------	----	-------	----	-------	----	-------	----	-------

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

Frente a los factores ambientales los facilitadores en lugares públicos (Tabla 22) muestran que las PDD expresan un 36%, un 53% de personas que responden por la persona con discapacidad, 35% en familiares, 27% cuidadores y 18% del círculo social que no hay facilitadores que le permitan involucrarse en las actividades. Aunque la respuesta no sabe/ no responde tiene una presencia importante en familiares cuidadores y círculo social con un 35%,33% y 55% respectivamente lo que pone en manifiesto que las otras personas alrededor de la PDD no prestan atención a los facilitadores en un ambiente público.

Tabla 22

Facilitación en lugares públicos para involucrarse en actividades del contexto

<i>Participantes</i>	A		B		C		D		E	
Calificación	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	10	27.8	9	52.9	6	35.0	8	26.7	2	18.2
Casi nunca	3	8.3					1	3.3		
Algunas veces	9	25.0	2	11.8	2	11.8	4	13.3		
Casi siempre			3	17.6			4	13.3		
Siempre	11	30.6			3	17.6	3	10.0	3	27.3
NS/NR	3	8.3	3	17.6	6	35.3	10	33.3	6	54.5
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

El acceso de servicios en lugares públicos relacionados con la ingestión de alimentos como cafeterías, restaurantes o similares (Tabla 23) muestra que las PDD en un 42% no tienen facilitadores para el acceso de los servicios, de igual manera el 53% de las personas que expresan en nombre las personas con discapacidad y 40% de los cuidadores tiene la misma perspectiva de ausencia de facilitadores para el acceso a los servicios.

De igual forma, la respuesta no sabe/ no responde frente a los facilitadores en porcentajes por encima del 12% hasta 63% pone en consideración la falta de interés frente a la identificación, solicitud, apropiación y exigencia de facilitadores para acceder a los servicios públicos.

Tabla 23

Facilitación para acceder a los servicios que ofrece el contexto en lugares públicos

<i>Participantes</i>	A		B		C		D		E	
Calificación	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	13	36.1	9	52.9	5	29.4	12	40.0	2	18.2
Casi nunca	2	5.6			1	5.9				
Algunas veces	6	16.7	2	11.8	2	11.8	3	10.0		
Casi siempre	2	5.6	2	11.8			2	6.7		
Siempre	9	25.0			2	11.8	3	10.0	2	18.2
NS/NR	4	11.1	4	23.5	7	41.2	10	33.3	7	63.3
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

El Factor personal involucra los facilitadores y barreras que se generan desde el mismo individuo, los cuales pueden estar permeados por las limitaciones, actitudes y restricciones a los cuales ha estado expuesto. En la tabla 24 se presenta los resultados que los usuarios manifiestan frente a su sentimiento de incomodidad por su condición de salud frente a personas desconocidas donde solo el 17% tiene sentimiento de incomodidad de burla o rechazo, los familiares y cuidadores expresan que desde su perspectiva si presentan estos sentimientos en un 18% y 17% respectivamente.

Tabla 24

Sentimientos de incomodidad por su condición de salud frente a personas desconocidas

Participantes	A		B		C		D		E	
Calificación	Fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	19	52.8	8	47.1	5	29.4	9	30.0	5	45.5
Casi nunca	1	2.8	1	5.9						
Algunas veces	4	11.1							1	9.1
Casi siempre	3	8.3			1	5.9				
Siempre	3	8.3	2	11.8	2	11.8	5	16.7		
NS/NR	6	16.7	6	35.3	9	52.9	16	53.3	5	45.5
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

En la tabla 25 se presenta los resultados que los usuarios manifiestan frente a su sentimiento de incomodidad por su condición de salud frente a personas conocidas donde solo el 11% tiene sentimiento de incomodidad de burla o rechazo, los cuidadores expresan que desde su perspectiva si presentan estos sentimientos en un 10%. Se identifican aspectos positivos más favorables cuando las personas son conocidas puesto priman la ausencia de sentimiento de incomodidad frente a su condición de salud.

Tabla 25

Sentimientos de incomodidad por su condición de salud frente a personas conocidas

Participantes	A		B		C		D		E	
Calificación	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nunca	19	52.8	10	58.8	6	35.3	11	36.7	4	36.4
Casi nunca	2	5.6	1	5.9						
Algunas veces	5	13.9			1	5.9				
Casi siempre	2	5.6			1	5.9				

Siempre	2	5.6	1	5.9			3	10.0	1	9.1
NS/NR	6	16.7	5	29.4	9	52.9	16	53.3	6	54.5
Total	36	100,0	17	100,0	17	100,0	30	100,0	11	100,0

Nota. A: Respuestas dados por el mismo usuario. B: Respuesta dadas por otra persona en nombre del usuario. C: Familiares, D: Cuidadores y E: Circulo social.

Capítulo V- Conclusiones

El proyecto permitió vislumbrar el impacto real del adulto con disfagia en condición de discapacidad en la participación social, donde median procesos sociales de alimentación. Se espera que los resultados brinden apoyo a proyectos de política pública en inclusión y salud para que la sociedad y los entes gubernamentales correspondientes identifiquen la discapacidad asociada a la disfagia como una línea distinta a las discapacidades reconocidas en la política pública. Entender que la disfagia requiere atención especial e independiente, cuyas barreras y facilitadores limitan los procesos de inclusión, que las oportunidades para un adulto que no logra establecer procesos comunes de alimentación son mínimas, y visibilizar esta población dentro de los grupos sociales es una necesidad latente en Colombia.

Se identificaron necesidades sobre la real comprensión del fenómeno de discapacidad como todo el análisis no solo desde la enfermedad/ deficiencia sino desde la deficiencia, sus limitaciones y restricciones, y como estas tiene factores ambientales y personales que influyen en el individuo, su familia, círculos sociales y comunidad sopesa en general.

Dado que en el análisis de factores ambientales se identificaron falencias para facilitar el acceso y uso de los procesos de deglución en diferentes contextos a través de tecnologías, servicios, procesos de rehabilitación y conciencia para que la persona con deficiencias en la deglución no se aisle de sus círculos sociales y familiares, solo por su dificultad para deglutir.

Referencias

- Eslick, G. & Talley, N. (2008). Dysphagia: Epidemiology, risk factors and impact on quality of life – a population-based study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. Vol. 27(10), p971-79.
- Farri, A., Accornero, A., Burdese, C. Social importance of dysphagia: Its Impact on diagnosis and therapy. *ACTA otorhinolaryngologica itálica*. Abril de 2007, 27 (2): 83-86
- Labs, C. N. (2012). National Foudation of Swallowing Disorders. Recuperado el 6 de noviembre de 2012, de <http://www.swallowingdisorderfoundation.com>
- Li Pyn Leow ,Maggie-Lee Huckabee ,Tim Anderson ,Lutz Beckert (2010). The Impact of Dysphagia on Quality of Life in Ageing and Parkinson's Disease as Measured by the Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL) Questionnaire. *Dysphagia*. vol 25(3):216-20. doi: 10.1007/s00455-009-9245-9.
- Molteni G; Ghidini A; Bergamini G; Alicandri-Ciufelli M; Mattioli F; Luppi MP; Presutti L (2009). Quality of life in patients treated with PDMS injection for swallowing disorders. *Otolaryngology- Head and Neck Surgery*. Vol 140 (6), 930-932.
- Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. (2010) *Dirección de Censos y Demografía*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Bogotá, Colombia.
- Pyn Leow, L., Huckabee, M., Anderson, T., Beckert, L. The Impact of Dysphagia on Quality of Life in Ageing. *Dysphagia*. (2010) 25:216–220.
- Speyer, R., Heijnen, B., Baijens, L., Vrijenhoef, F., Otters, E., Roodenburg, N., Bogaardt, H. (2011). Quality of Life in Oncological Patients with Oropharyngeal Dysphagia: Validity and Reliability of the Dutch Version of the Dysphagia Inventory and the Deglutition Handicap Index. *Dysphagia*. Vol 26(4):407-14. doi: 10.1007/s00455-011-9327-3.

- Thad Wilkins, T., Gillies, R., Thomas, A & Wagner, P. (2007). The Prevalence of Dysphagia in Primary Care Patients: A HamesNet Research Network Study. *Am J Med Fam Junta*. vol. 20 no. 2144-150
- Watt E, Whyte M.N. The experience of dysphagia and its effect on the quality of life of patients with oesophageal cancer. 2003 Jun; 12 (2) :183-93.
- WATT E. & M.N. WHYTE (2003). La experiencia de la disfagia y su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes con cáncer de esófago