

Autopercepción y estado de la función deglutoria en sujetos con enfermedad de Parkinson que se encuentran en estadios tempranos

Self-perception and state of the swallowing function in subjects with Parkinson's disease who are in early stages

Lic. María Julieta Galende⁵
Mag. Bibiana Edith Hidalgo⁶

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue: evaluar la función deglutoria y su autopercepción, en sujetos con Enfermedad de Parkinson que se encuentran en estadios tempranos. El marco metodológico utilizado fue de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo, con características de investigación básica, de corte transversal y no experimental. La muestra estuvo compuesta por 7 adultos diagnosticados con Enfermedad de Parkinson que se encuentran en estadios tempranos, no mayores a 65 años de edad, de la ciudad de San Luis. Los instrumentos aplicados fueron: Cuestionario SQD de Autopercepción de Síntomas de Disfagia (Swallowing Disturbance Questionnaire); protocolo de evaluación clínica de la deglución, tomado y modificado de la propuesta de Evaluación Clínica de Bleekx (2004). Se llegó a la conclusión de que la autopercepción de los sujetos de la muestra se encuentra por debajo de las valoraciones obtenidas en la evaluación clínica de la deglución; las alteraciones presentes son signos incipientes, observándose indicios leves de disfagia en etapas tempranas de la enfermedad.

Palabras claves: Función deglutoria- disfagia- autopercepción- Enfermedad de Parkinson

Abstract

The objective of the present investigation was to evaluate the swallowing function and its self-perception in subjects with Parkinson's disease who are in early stages. The methodological framework was quantitative, descriptive, with basic research characteristics, cross-sectional and non-experimental. The sample is made up of 7 adults diagnosed with Parkinson's disease who are in early stages, not older than 65 years old from the city of San Luis. The instruments applied were the SQD Self-Perception of Dysphagia Symptoms Questionnaire (Swallowing Disturbance Questionnaire) and the Swallowing clinical evaluation protocol, taken and modified from the Bleekx Clinical Evaluation proposal (2004). It was concluded that the self-perception of the subjects studied is below the evaluations obtained in the clinical evaluation of swallowing. The alterations present are incipient signs with slight signs of dysphagia being observed in the early stages of the disease.

Keywords: Swallowing function- dysphagia- self-perception- Parkinson's disease

⁵ Lic. en Fonoaudiología. Becaria CIN de la Universidad Nacional de San Luis. Centro educativo-terapéutico y neurorehabilitación "Triada" Villa Mercedes. San Luis. juli.galende@gmail.com.

⁶ Lic. en Fonoaudiología. Magíster en Salud Materno-Infantil. Docente- investigadora de la FCS. UNSL. Integrante del PROIPRO N°10-0220 "La función deglutoria y sus alteraciones". hidalgo.bibiana@gmail.com

Introducción

La Enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno degenerativo y progresivo del sistema nervioso central, que afecta al movimiento y su coordinación. Las personas que padecen esta enfermedad presentan diversos síntomas, como temblor, inestabilidad, rigidez muscular, pérdida del equilibrio y lentitud en los movimientos; a los que se suman otros no motores, como pérdida del sueño.

Esto se traduce en dificultades para realizar tareas cotidianas, como abrochar su camisa, cepillar sus dientes, atar sus cordones, cocinar e incluso hablar y alimentarse.

La alimentación, una acción fundamental en la vida de todos los seres humanos, requiere de la coordinación de muchas funciones, estructuras y sistemas del organismo. Una de las funciones involucradas es la deglución, proceso neuromuscular sumamente fino, que permite el paso de los alimentos desde la boca, pasando por la faringe y el esófago, hacia el estómago para ser digeridos. Son ampliamente estudiadas las alteraciones deglutorias que puedan presentarse en sujetos que poseen Enfermedad de Parkinson en estadios avanzados, lo que no sucede si nos abocamos a estados incipientes de la enfermedad; ni a la percepción que el sujeto posee del estado de su propia función. Es por ello que a partir del presente trabajo se pretendió conocer e indagar acerca del estado de la función deglutoria en sujetos con Enfermedad de Parkinson que se encuentran en estadios tempranos, y su autopercepción.

Marco Teórico

La exposición de los contenidos teóricos en el presente capítulo se organizará contemplando los principales conceptos claves que estructuran teóricamente la investigación: deglución, disfagia y Enfermedad de Parkinson.

Deglución

Logemann (1983) define a la deglución como:

Proceso sensoriomotor neuromuscular complejo que coordina la contracción-relajación bilateral de los músculos de la boca, lengua, faringe, laringe y esófago mediante el cual los alimentos procedentes de la boca transitan por la faringe y esófago en su camino al estómago.

Queiroz (2002, como se citó en Jofré Atala, Liza-

ma Ortiz, Luchsinger Escalona, Vásquez Cáceres y YalulÑancuan, 2015) menciona que en esta actividad neuromuscular compleja, participan unos 30 músculos de la boca, faringe, laringe y esófago junto con una inervación procedente del sistema nervioso central y periférico consiguiendo que la faringe se reconfigure y sea capaz de hacer las funciones deglutoria, respiratoria y de fonación en milésimas de segundo, encontrando la participación de 6 pares craneales: trigémino (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), espinal (XI) e hipogloso (XII). (p. 3)

Fases de la deglución

La deglución es una función continua y dinámica, desencadena una sucesión de hechos que se encuentran interconectados. Las etapas en las que se divide clásicamente para su estudio son cuatro: las dos primeras se encuentran bajo control cortical voluntario y las dos últimas se encuentran bajo control automático reflejo. Éstas se describen a continuación:

Fase preparatoria oral: Fase de control voluntario, de duración variable según la consistencia del alimento. Esta etapa considera la preparación del bolo alimenticio, la masticación y la manipulación del alimento dentro de la cavidad oral. La musculatura facial y la unidad masticatoria reduce la sustancia alimenticia en partículas más pequeñas. Durante este momento el paladar blando se protruye para mantener esta sustancia en la parte móvil de la lengua y además permite mantener la nasofaringe abierta para respirar.

La saliva es fundamental en la humidificación del bolo, y junto con esto, la facilitación de su traslado dentro de la cavidad oral y posteriormente en el tracto digestivo.

Fase oral: Al igual que la anterior, como menciona Tobar (2010), es una fase voluntaria en la cual la lengua presiona el ápice contra el paladar duro, para formar una cavidad central donde se aloja el bolo alimenticio. Acto seguido, se genera un movimiento ondulatorio antero-posterior que desplaza el contenido desde la cavidad oral hasta la entrada de la faringe o istmo de las fauces.

Fase faríngea: Corresponde a una fase involuntaria, en la que se desencadena el reflejo deglutorio. El mismo se produce debido al paso del alimento por los receptores los cuales se encuentran en los pilares anteriores del velo del paladar, base de la lengua y pared faríngea posterior. El bolo alimenticio se va desplazando hasta la entrada del esófa-

go mediante la contracción de los músculos faríngeos. Lo anterior, va acompañado de la suspensión rápida de la respiración o apnea.

Fase esofágica: Se trata de la última fase del proceso deglutorio e involucra movimientos peristálticos involuntarios de las paredes esofágicas, que permiten el desplazamiento del contenido oral desde el esófago hasta el estómago (Tobar, 2010). Autores como Fajardo (2015) proponen una quinta etapa en el proceso de la deglución, describiendo una fase inicial anterior a las demás, denominada fase anticipatoria. Como describe el autor, esta fase comprende varias acciones, entre ellas: el reconocimiento cortical de los alimentos antes de ser ingeridos; el estado de los órganos de los sentidos antes de comenzar el proceso, es decir de la entrada a la información sobre el alimento; el estado de conciencia o de alerta en el momento de la alimentación; el estado cognitivo que le permite a la persona reconocer qué comer o no; el estado emocional que proporciona la motivación y el deseo de alimentarse. (p.9)

Válvulas de la deglución

Según Cámpora y Falduti (2012) el mecanismo de la deglución se logra gracias a fuerzas, movimientos y presiones dentro del complejo orofaringolaringeo.

La coordinación y el sincronismo en el transporte del bolo alimenticio por cada una de estas etapas es regulada por un sistema de válvulas que se abren y cierran de forma precisa, lo que nos asegura la eficacia en la deglución y la protección de la vía aérea.

Las válvulas que intervienen son cinco: labios, velolingual, velofaríngea, cierre de vestíbulo laríngeo (descenso de epiglotis y cuerdas vocales) y esfínter esofágico superior.

En la fase preparatoria oral se realiza el cierre de las dos primeras válvulas, es decir, los labios y la válvula velolingual. En la fase faríngea se activa la tercera válvula, velofaríngeo y cierre del vestíbulo laríngeo (cuarta válvula). El esfínter esofágico superior se mantiene cerrado en reposo, lo que permite la separación de vía digestiva con la vía aérea. Al momento del contacto con el bolo, se produce su apertura (quinta válvula).

A continuación, todas las estructuras vuelven a su posición inicial y se reanuda la respiración (exhalación).

“La falta de integridad sensorial, muscular o estructural del complejo orofaringolaringeo, sumado

a una falta de coordinación, sincronía y eficacia, darán lugar a una alteración de la deglución conocida como disfagia” (Cámpora y Falduti, 2012).

Disfagia

La disfagia es una alteración en el proceso deglutorio entendida como cualquier dificultad que se produzca durante el paso del alimento desde la cavidad oral hasta que llega al estómago, afectando indirectamente a la seguridad, eficacia y calidad de la alimentación (Clavé, De Kraa, Arreola, Girvent, Farré, Palomera y Serra-Prat, 2006, como se citó en Duque Henríquez, 2017, p. 11).

Desde un punto de vista anatómico la disfagia puede deberse a disfunciones orofaríngeas o esofágicas.

Clasificación anatómica de la disfagia

Disfagia orofaríngea: de acuerdo con la fase del proceso deglutorio que se encuentre alterada, la disfagia orofaríngea incluye alteraciones en las fases preparatoria oral, oral y faríngea.

Disfagia esofágica: es la dificultad para deglutir que aparece segundos después de producido el reflejo deglutorio. Provocada por alteraciones orgánicas y funcionales, generalmente se caracteriza por regurgitación tardía o dolor torácico.

Enfermedad de Parkinson

La Enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor prevalencia en todo el mundo, después de la enfermedad del Alzheimer, según menciona la Asociación de Parkinson de Madrid (2018). Su etiología es aún desconocida, aunque en términos generales, la causa subyace en una combinación de factores, como diversas alteraciones genéticas y recesivas asociadas, y factores ambientales, como se manifiestan en numerosas investigaciones que apuntan a la exposición a pesticidas, de metales y a la vida desarrollada en el medio rural.

Características y síntomas

Marín, Carmona, Ibarra y Gámez (2018) como la mayoría de los investigadores sobre el tema, describen cuatro síntomas motores principales de la EP, que se caracterizan por la lenta aparición de modo asimétrico: (pp. 81-82).

Temblor de reposo: temblorasimétrico que afecta principalmente a manos y pies.

Bradicinesia: es la característica más frecuente en

la EP. Se refiere a la lentificación progresiva de los movimientos y abarca las dificultades en la planeación, iniciación y ejecución de tareas que requieran movimientos secuenciales y simultáneos, así como dificultad para ajustar la posición corporal y los movimientos voluntarios.

Rigidez (o hipertonia parkinsoniana): en la EP están rígidos todos los músculos de las extremidades afectadas.

Alteración de reflejos posturales: inestabilidad.

Un grupo de síntomas en la EP no son motores, es decir, aquellos trastornos que se asocian a la enfermedad pero que no afectan propiamente a la motricidad. Estas alteraciones pueden aparecer incluso antes que los síntomas motores, además son frecuentes e invalidantes y podrían ser de ayuda para hacer un diagnóstico precoz. Entre ellos se encuentran diferentes trastornos neuropsiquiátricos, alteraciones del sueño, digestivos, entre otros, los cuales suelen clasificarse en base al sistema o función que afectan.

En los últimos años han recibido una creciente atención estos síntomas no motores de la EP, entre ellos se destacan el déficit de olfato y gusto, sin dejar de nombrar a disfagia orofaríngea siendo el síntoma principal que se indaga en esta investigación y de gran interés fonoaudiológico.

Cecchini, Fasano, Boschi, Osculati, Tinazzi (2015) han publicado los resultados de una revisión de la literatura científica disponible hasta el momento, sobre los trastornos del gusto y olfato en la EP. En la misma se evidencia que el deterioro olfativo es uno de los síntomas más prevalentes desde las primeras etapas de la enfermedad, pudiendo ser un marcador temprano de la misma. En cuanto a las alteraciones del gusto, la incidencia y las causas son menos claras según lo que se manifiesta en dicha publicación.

El deterioro del olfato comienza de forma gradual, por lo que los pacientes pueden no ser conscientes del problema y esto implica que preguntarles sobre el sentido del olfato de manera directa, muchas veces no resulta de utilidad. Se necesita una evaluación validada con precisión del olfato para que este síntoma tenga una significación clínica.

Diagnóstico

El diagnóstico de la EP es eminentemente clínico, manifiestan Correa Flores y cols. (2012) Se estima que cuando la pérdida de células dopaminérgicas de la sustancia negra alcanza 50% se inicia la fase clínica propiamente dicha (p. 32).

Una vez que el paciente es diagnosticado, se mide

la severidad y progresión de la enfermedad a través de diferentes escalas, entre la que destaca la Escala de Hoehn y Yahr (Hoehn y Yahr, 1967). Esta escala ayuda a establecer los diferentes estadios por los que puede pasar el paciente de una manera sencilla y rápida, y el grado de afectación que presente. La misma se divide en estadios que manifiestan las características típicas de cada una y su progresión.

Figura N°1

Estadios de la Enfermedad de Parkinson



Nota: Adaptado de “Enfermedad de Parkinson”, por Instituto del dolor y cuidados paliativos, 2019.

Enfermedad de Parkinson y Deglución

Schindler y Kelly (2002, como se citó en Correa Flores y cols., 2012) mencionan que:

La EP es el trastorno neurológico más frecuentemente asociado con la disfagia. Puede afectar al 90% de los pacientes en estadios avanzados de la enfermedad. No obstante, se ha comprobado que pueden existir trastornos deglutorios en fases muy incipientes de la EP. (p.32)

“Se puede destacar que los afectados por EP, son conscientes de sus dificultades para alimentarse en etapas tardías de la misma. No obstante, se ha comprobado que la disfagia aparece en las fases más incipientes de esta enfermedad” (Sieiro Marrero y Sosa Álvarez, 2016, p.7).

Bayés Rusiñol, Forjaz, Ayala, Crespo, Prats, Valls, y GaroleraFreixa (2011, como se citó en Carro Ares, 2015) manifiestan que:

Las alteraciones en la deglución pueden provocar trastornos en la calidad de vida del paciente, sin embargo, casi el 80% de los afectados no es consciente de su problema deglutorio, puesto que se presenta al principio y tiene un curso progresivo. (p. 16)

Jiménez Rojas, Corregidor Sánchez y Gutiérrez (s.f., p. 547) describen que:

La afectación de la deglución, va apareciendo de forma secuencial a lo largo de la enfermedad: inicialmente se produce una reducción de la peristalsis faríngea a lo que le sigue la afectación de la capacidad para formar el bolo adecuadamente por problemas en la motilidad lingual. Más adelante puede alterarse el cierre laríngeo, la función cricofaríngea y en las fases más avanzadas se produce un retraso en el inicio del reflejo deglutorio.

Como describen Caviedes y cols. (2002) la patología neurológica afecta el componente sensoriomotor, comprometiendo las fases oral y faríngea. Se puede manifestar como una alteración neurológica conocida con síntomas típicos de disfunción orofaríngea, incluyendo babeo, incapacidad para eliminar secreciones, regurgitación nasal, dificultad para iniciar la deglución, tos con la alimentación, atoro o disfonía. En otros casos puede haber signos sutiles de disfunción con compensación de la alteración neurológica, de tal modo que los síntomas son silentes, presentando atenuación de la tos, disminución de los reflejos laríngeos y aspiración crónica.

Las alteraciones típicas incluyen: mal control del bolo oral, dificultad para iniciar la deglución, mal cierre nasofaríngeo, paresia faríngea, elevación laríngea inadecuada, mal cierre glótico y apertura incompleta del segmento faringoesofágico. Las manifestaciones son escape orofaríngeo, regurgitación nasofaríngea, inundación faríngea y aspiración traqueal.

González y Bevilacqua (2009) manifiestan que la falta de coordinación de los movimientos y el temblor, acompañado de las dificultades para iniciar el movimiento de la lengua, inciden en la fase oral de la deglución de estos pacientes. Las principales alteraciones que se pueden apreciar son el movimiento repetitivo del bolo de anterior a posterior, el retardo en el inicio del reflejo faríngeo de 2 a 3 segundos, la contracción faríngea reducida, la elevación y cierre laríngeo reducido (p. 258).

Entre las alteraciones orales que más frecuentemente se han estudiado, se encuentran la xerostomía y la hiposialia.

Silvestre Donat, Miralles Jordá y Martínez Mihi (2004) mencionan que la xerostomía hace referencia a la sensación subjetiva de boca seca. Cuando

se puede constatar objetivamente una disminución en las tasas de flujo salival se la denomina *hiposialia* o *hiposecreción salival*.

Los enfermos de Parkinson que tienen disfagia suelen presentar menor calidad de vida que el resto. Este baremo varía en función del estadio de la enfermedad en el que se encuentren y de la gravedad. Sus actividades cotidianas como el tiempo dedicado al ocio, las reuniones con su familia y comer en público se ven reducidas, provocando que padezcan ansiedad, pánico o aislamiento. Estos aspectos van afectando indirectamente al desarrollo diario y a la autoestima de la persona (PlowmanPrine y cols., 2009, como se citó en Duque Henríquez, 2017, p.12).

Metodología

El objetivo de la presente investigación fue: evaluar la función deglutoria y su autopercepción, en sujetos con Enfermedad de Parkinson que se encontraran en estadios tempranos.

La muestra estuvo constituida por adultos diagnosticados con Enfermedad de Parkinson que se encontraban en estadios tempranos, no mayores a 65 años. Quedaron excluidos de la presente investigación todos aquellos sujetos que presentaran otros diagnósticos clínicos que pudieran interferir en el proceso deglutorio. Para la presente investigación, se tomaron sujetos que se encontraban entre los estadios 2 y 3 propuestos por Hoehn y Yahr (1967), el cual se encuentra expuesto en el marco teórico de la presente investigación. La muestra fue facilitada y delimitada bajo estas normas, por un médico neurólogo de la Ciudad de San Luis. Por razones de la situación mundial que acontecieron por la pandemia del Covid-19, y dado el riesgo que implicaba generar un contacto personal con los sujetos que compusieron la muestra; ésta finalmente quedó delimitada por 7 adultos que accedieron a colaborar con la presente investigación. En cuanto al diseño metodológico, el presente trabajo fue de carácter cuantitativo dado que pretendió cuantificar los datos recabados a través de herramientas numéricas, con el fin de interpretar el fenómeno en estudio y determinar las consideraciones relevantes a la luz del objetivo planteado. A su vez, fue de tipo descriptiva, ya que se pretendió realizar un análisis basado en la descripción de las principales características de la función deglutoria observadas. La investigación fue de corte transversal, y presentó características de investigación

básica ya que buscó ampliar el conocimiento y la comprensión de los temas abordados. A su vez, fue no experimental, dado que se pretendió observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para efectuar luego el correspondiente análisis.

Instrumentos de Recolección de Datos

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos son dos:

1. *Cuestionario SQD (Swallowing Disturbance Questionnaire)*. Según Torres Ramírez y cols., (2018) es un test de autoevaluación conformado por 15 preguntas sobre la identificación y frecuencia de los síntomas de disfagia, implementado en sujetos con Enfermedad de Parkinson. La validación del mismo está realizada en inglés, se tomó la traducción al español publicada por el autor en el artículo de la revista médica Diagnóstico, denominado “*Frecuencia de la disfagia en una cohorte de pacientes con enfermedad de Parkinson*”.

2. Con el fin de realizar una aplicación clínica para observar el proceso deglutorio se implementó un protocolo que contempla características propias de las etapas oral y faríngea de la deglución, tomado y modificado de la propuesta de evaluación clínica realizada por Bleeckx en su libro: “*Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*” del año 2004.

Para la evaluación clínica de la deglución se utilizaron los siguientes alimentos: sólido: galleta de agua; semisólido: yogurt de vainilla; líquido: agua.

Los resultados que se pueden observar para dicha evaluación pueden ser: *presente*, en los casos en que se cuente con la presencia del ítem evaluado, ya sea la presencia de una función o la presencia de un signo de disfagia. *Ausente*, cuando el ítem indagado no esté presente, sea alterado, disminuido o leve.

Dichos instrumentos se seleccionaron dado que investigan un mismo fenómeno (deglución) mediante dos modalidades distintas, uno basado en la autopercepción del sujeto; mientras que el otro lo hace a través de una evaluación clínica. Los mismos se encuentran adjuntos en el Anexo de la presente investigación. Se incluyeron además dos preguntas sobre el sentido del olfato y la *fase anticipatoria* de la deglución.

Se indagó sobre la fase inicial de la deglución, la fase anticipatoria, muy vinculada a la dimensión

emocional y social de las personas, que pueden verse afectadas en las personas con EP.

Las preguntas realizadas en torno a estas temáticas mencionadas fueron:

- ¿Ha percibido cambios en el olfato, ya sea disminución de este sentido o su ausencia?
- ¿Su enfermedad ha influido en su deseo de comer, compartir momentos con seres queridos en torno a una comida, salir a comer a algún lado con otras personas?

Consentimiento informado

Cada sujeto firmó el correspondiente consentimiento informado antes de realizar la evaluación propuesta, donde ellos expresan su voluntad de participar y conocen sus derechos relativos a la investigación. El mismo fue tomado del consentimiento aprobado por la Facultad de Ciencias de la Salud, UNSL, según RES 074/17.

Análisis e Interpretación de Datos

A partir del análisis de los datos obtenidos por medio de los instrumentos elegidos y aplicados, se realizaron tablas y gráficos con dicha información, los cuales se muestran a continuación.

Cuestionario de Autopercepción de la Disfagia

En los siguientes Gráficos N°1, 2 y 3, se muestran los resultados obtenidos del cuestionario de autoevaluación de la disfagia, aplicado a partir de preguntas desarrolladas en el test SQD (Swallowing Disturbance Questionnaire) (Cohen y Manor, 2011). Las mismas indagan sobre la frecuencia de la autopercepción de los signos de disfagia en personas con Enfermedad de Parkinson, realizadas al total de la muestra. Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

La muestra estuvo constituida por 7 sujetos. La valoración de las respuestas dadas por cada persona refiere a: 0 dicha persona nunca percibe signos como el del ítem evaluado; 1 cuando la respuesta es rara vez (una vez al menos); 2 cuando lo percibe frecuentemente (1-7 veces a la semana) y 3 cuando es muy frecuentemente (más de 7 veces a la semana).

En el siguiente gráfico se muestran las respuestas de las cinco primeras preguntas del cuestionario, las cuales fueron:

- 1) ¿Ha experimentado dificultad en masticar comida sólida como manzanas, galletas u otros?
- 2) ¿Hay algún residuo de comida en su boca,

mejilla, debajo de su lengua o atascado en el paladar después de pasar los alimentos?

3) ¿La comida o los líquidos salen por la nariz cuando está comiendo o bebiendo?

4) ¿La comida que ha masticado se le sale de la boca?

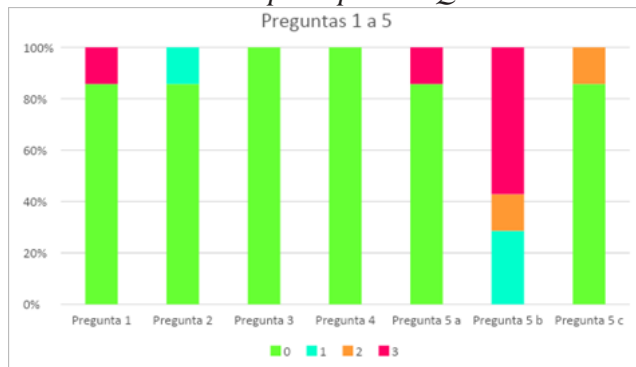
5) a) ¿Siente que tiene demasiada saliva en la boca?

b) ¿Presenta sensación de boca seca?

c) ¿Babea o tiene dificultad para pasar la saliva?

Gráfico N°1

Gráfico de datos de las preguntas N°1 a 5 del cuestionario de autopercepción SQD.



Se observa en la pregunta N°1 que el 14,3% de la muestra refirió dificultad para masticar alimentos sólidos muy frecuentemente, mientras que el resto de la población (85,7%) no ha percibido inconvenientes en la masticación. Al seguir el desarrollo del cuestionario, una de las personas expuso cortar la comida en bocados pequeños, y que prefiere alimentos que no sean muy secos. Otra de las personas manifestó ser muy lento para comer.

El 85,7% de los sujetos manifiestan no reconocer presencia de residuos orales en la cavidad oral después de la deglución. El 14,3% expuso que al menos una vez quedaron restos de alimentos en su lengua y paladar.

En los ítems N°3 y 4 se evidencia que ningún sujeto refirió percibir salida del alimento por nariz, o que lo masticado se le salga por la boca.

Por último, en el ítem N°5 es donde se evidencia mayor autopercepción con respecto a los signos de disfagia en la salivación, siendo el N°5 “b”, el signo de boca seca, el más calificado por parte de los sujetos, observándose que más de la mitad de la muestra refirió tenerlo. El 14,3% refirió tener demasiada saliva en la boca con mucha frecuencia, y que incrementa por la noche, y el mismo porcentaje se evidenció en la respuesta al babeo o

dificultad para pasar la saliva con frecuencia. Uno de los sujetos comentó que en los momentos de reposo se ha dado cuenta que lleva los labios hacia adentro de la boca, y los mantiene con fuerza en esta posición.

En el siguiente gráfico se muestran las respuestas de las preguntas N°6 a 10 del cuestionario, las cuales fueron:

6) ¿Tiene que hacer el intento de tragar la comida que ha masticado varias veces para que pueda pasar por la garganta?

7) ¿Experimenta dificultad para tragar comidas sólidas, siente que las manzanas o galletas se le atascan en la garganta?

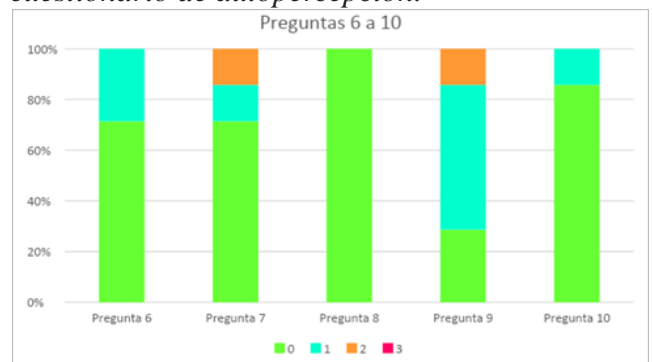
8) ¿Experimenta dificultad en tragar y pasar comidas como puré?

9) ¿Mientras come, siente como si un trozo de comida estuviera atorado en su garganta?

10) ¿Tose cuando traga o pasa alimentos líquidos?

Gráfico N°2

Gráfico de datos de las preguntas N°6 a 10 del cuestionario de autopercepción.



Como se observa en la pregunta N°6, el 28,6% de los sujetos ha percibido tener que realizar, al menos una vez, más de una deglución para pasar el alimento.

En el ítem N°7 se observó que 28,6% refiere dificultad para tragar sólidos y manifiesta sentir que se le atascan los alimentos en la garganta al menos una vez. No obstante, ningún sujeto expuso dificultades en tragar consistencias como puré, como se refleja en la pregunta N°8. Una de las personas manifestó que le cuesta tragar porque tiene dificultad para masticar.

El 57,1% de los sujetos manifestaron que al menos una vez sintieron como si un trozo de comida quedara atascado en su garganta, mientras el 14,3% lo percibió con frecuencia, como se observa en la pregunta N°9. Uno de los sujetos refirió especial dificultad en este ítem cuando se trata de bocados

grandes o cuando come apurado. Otra de las personas expuso especial dificultad a la hora de tragar pastillas.

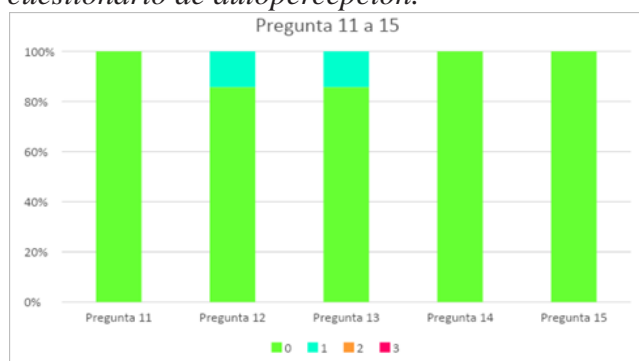
Para la pregunta N°10, el 14,3% de la muestra manifestó que rara vez tose al pasar líquidos.

En el siguiente gráfico se muestran las respuestas de las preguntas N°11 a 15 del cuestionario, las cuales fueron:

- 11) ¿Tose cuando traga o pasa alimentos sólidos?
- 12) ¿Experimenta ronquera o disminución de la voz inmediatamente después de comer o beber?
- 13) Excluyendo los momentos en los que come. ¿Experimenta tos o dificultad para respirar como resultado de la entrada de saliva a la garganta?
- 14) ¿Experimenta dificultad para respirar durante las comidas?
- 15) ¿Ha sufrido de alguna infección respiratoria durante el año pasado?

Gráfico N°3

Gráfico de datos de las preguntas N°11 a 15 del cuestionario de autopercepción.



Se evidencia en el ítem N°11 que no hay percepción de tos al tragar sólidos, lo que se diferencia de lo reflejado en la pregunta N°10 con respecto a los líquidos.

Un 14,3% manifestó que experimenta cambios en la voz después de tragar, como se observa en la pregunta N°12, y el mismo porcentaje expuso que rara vez presentan tos o dificultad para respirar al tragar saliva, en el ítem N°13. Particularmente una de las personas de la muestra manifestó sentir que carraspea mucho durante el día, cuando tiene saliva en la boca.

Ningún sujeto de la muestra manifestó experimentar dificultad para respirar durante las comidas; ni haber sufrido afecciones respiratorias durante el último año.

Evaluación Clínica

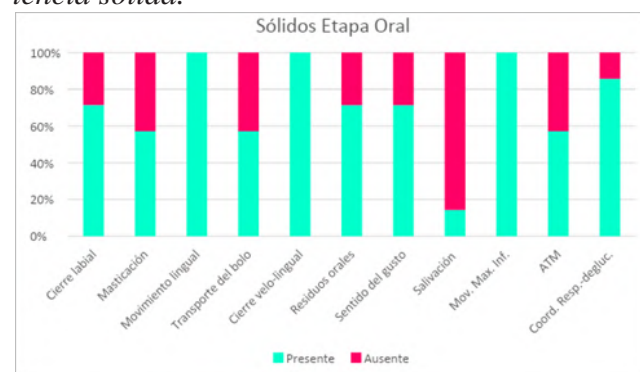
En los siguientes Gráficos N°4, 5, 6, 7, 8 y 9, se muestran los resultados obtenidos de la evaluación clínica mediante la cual se observó el proceso deglutorio.

Los datos obtenidos para las tres consistencias evaluadas refieren a lo observado por parte del examinador al momento de la prueba en cada sujeto. Los mismos se muestran a continuación:

Datos obtenidos en el instrumento de evaluación clínica de la deglución para la etapa oral.

Gráfico N°4

Gráfico de datos de la Etapa Oral para la consistencia sólida.



En la consistencia sólida se observó que en el cierre labial presentaron debilidad o sellado con fuerza exagerada el 28,6% de los sujetos.

Como se refleja en los gráficos, se observó una mayor proporción de sujetos con ausencia de salivación ante la consistencia sólida, aspecto que condiciona considerablemente la formación del bolo alimenticio, en el 85,7% de la muestra.

En el caso de la masticación se evidenció una dificultad en los tiempos de la trituración del bolo en el 42,9% de la muestra. El mismo porcentaje se registró en el transporte del bolo, presentando dificultad en esta función. Los sujetos que presentaron dificultad en estas funciones, íntimamente ligadas con la ausencia de salivación que se pudo observar, necesitaron tomar agua para facilitar la preparación del alimento y para su posterior deglución. En el momento de la evaluación una de las personas necesitó realizar una deglución forzada para compensar.

El movimiento lingual, cierre velo-lingual y movimiento de maxilar inferior estuvieron presentes sin dificultades en el 100% de los sujetos al momento de la evaluación.

En lo que respecta a la ATM se evidenciaron asimetrías e incoordinaciones en el 42,9% de los casos. Se evidenciaron residuos orales en boca y

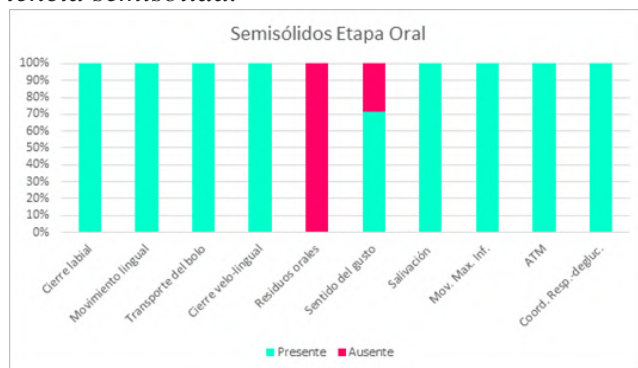
lengua en el 71,4% de los sujetos.

El sentido del gusto estuvo ausente en el 28,6%. En este caso uno de los sujetos refirió no tener sentido del gusto, y otra de las personas manifestó percibir una disminución en la intensidad de los sabores.

Se manifestó una incoordinación respiración-deglución, en el 14,3% de las personas, manifestándose como agitación y fatiga.

Gráfico N°5

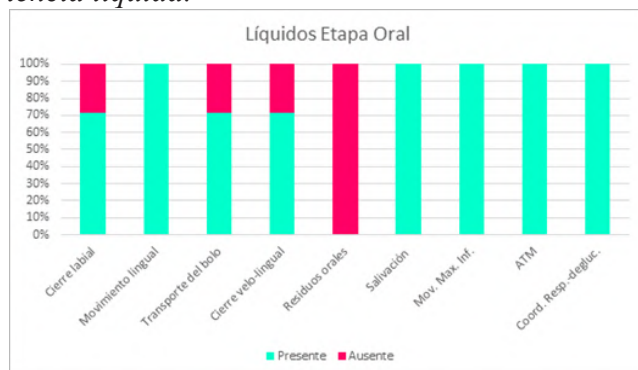
Gráfico de datos de la Etapa Oral para la consistencia semisólida.



La consistencia semisólida evidenció porcentajes más altos ante la presencia de las características pertenecientes a la fase oral, con ausencia de residuos orales en la totalidad de los sujetos. Se observa alteración del gusto en 28,6% de los sujetos.

Gráfico N°6

Gráfico de datos de la Etapa Oral para la consistencia líquida.



Se pudo observar ausencia en el cierre labial en el 28,6% de la muestra, la cual se manifestó con humidificación de los labios, y fuerza para la contención del líquido en la boca cuando se les pidió tragar a la orden.

El transporte del bolo y cierre velo-lingual se registró presente en el 71,4% de los sujetos, mientras que estuvo ausente en el 28,6%, evidenciándose en la auscultación un derrame y caída previa a la faringe antes que se desencadene el reflejo de-

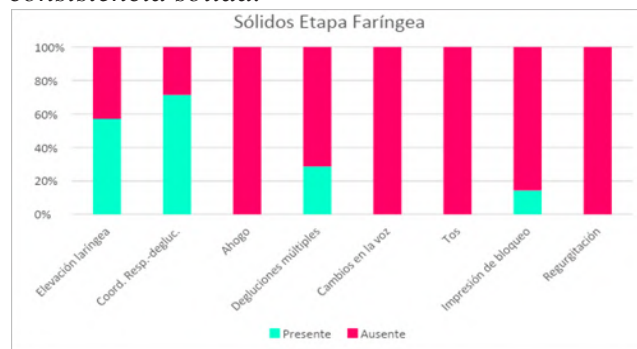
glutorio, cuando se les pidió tragar a la orden. No se observó presencia de residuos orales para esta consistencia.

El 100% de las personas presentó salivación, movimiento de maxilar inferior, ATM y coordinación-respiración adecuados a la consistencia líquida. La masticación y sentido del gusto no se consideraron para esta consistencia.

Datos obtenidos en el instrumento de evaluación clínica de la deglución para la etapa faríngea.

Gráfico N°7

Gráfico de datos de la Etapa Faríngea para la consistencia sólida.



Se puede observar en el gráfico que la elevación laríngea estuvo ausente o disminuida en su ascenso en el 42,9% de los sujetos, ya que el movimiento realizado superó levemente el espacio que ocupa la laringe en reposo.

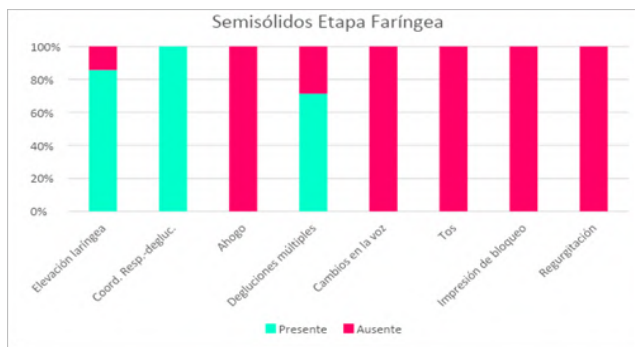
Se observó una incoordinación entre la respiración y deglución en el 28,6% de las personas evaluadas. La apnea respiratoria estuvo desincronizada con relación a la función deglutoria.

El 28,6% presentó degluciones múltiples, manifestándose como masticación fraccionada con necesidad de tragar una parte del bolo, masticar-tragar, y repetir hasta limpiar la cavidad.

En el 14,3% se evidenció impresión de bloqueo luego de la deglución. Estuvieron ausentes los ahogos, cambios en la voz, tos y regurgitación.

Gráfico N°8

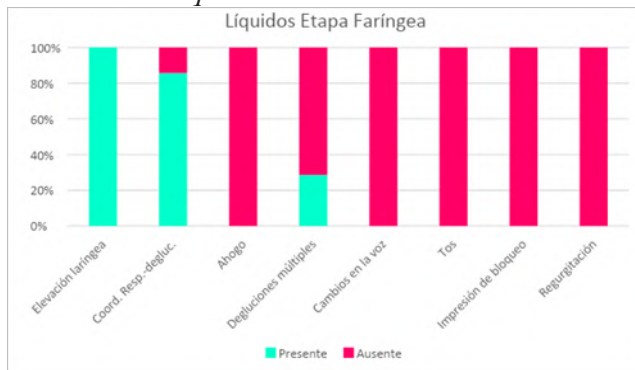
Gráfico de datos de la Etapa Faríngea para la consistencia semisólida.



Se observó que la elevación laríngea estuvo disminuida en el 14,3% de los sujetos, mientras que en el resto de los sujetos se manifestó de manera correcta. La coordinación respiración-deglución estuvo presente en el total de la muestra. En el 28,6% de las personas se registraron degluciones múltiples requiriendo dos o más degluciones para limpiar totalmente el tracto faríngeo. Estuvieron ausentes: ahogos, cambios en la voz, tos, impresión de bloqueo y regurgitación.

Gráfico N°9

Gráfico de datos de la Etapa Faríngea para la consistencia líquida.



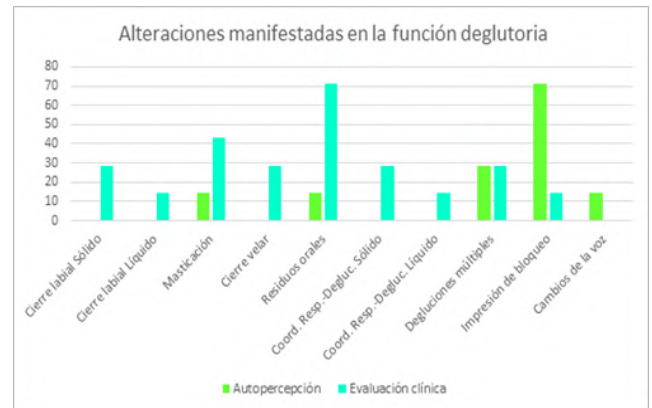
Se puede observar en el gráfico que la elevación laríngea estuvo presente en el total de la muestra. El 14,3% presentó incoordinación en la respiración- deglución, evidenciándose carraspeo luego de pasar el líquido. El 28,6% de los sujetos presentaron degluciones múltiples para esta consistencia. Estuvieron ausentes: ahogos, cambios en la voz, tos, impresión de bloqueo y regurgitación.

Autopercepción y evaluación clínica

Dado que los instrumentos aplicados investigan un mismo fenómeno (deglución) mediante dos modalidades distintas: uno basado en la autopercepción del sujeto, mientras que el otro fue a través de la evaluación clínica; se realizó un análisis que muestre la confrontación de los resultados obtenidos en los respectivos protocolos. Estos datos se ven reflejados en el Gráfico N°10.

Para el porcentaje total de autopercepción se tuvieron en cuenta las respuestas calificadas como 1, 2, 3 y 4, excluyendo las valoradas como 0. Para el porcentaje total de la evaluación clínica se tuvieron en cuenta los ítems registrados como ausentes y los signos de disfagia presentes, excluyendo las funciones que se encontraron presentes y acordes, y los signos de disfagia ausentes.

Gráfico N°10



Alteraciones registradas en ambos instrumentos en la función deglutoria.

Se observa en el gráfico en cierre labial, masticación, cierre velar, residuos orales y coordinación respiración-deglución valores de la evaluación clínica por encima de lo registrado en el cuestionario de autopercepción.

Para las degluciones múltiples se registraron los mismos valores en ambos instrumentos con el 28,6%.

En la impresión de bloqueo y cambios de la voz la autopercepción de estos signos estuvo por encima de los datos obtenidos en la evaluación con alimentos.

Olfato y fase anticipatoria de la deglución

Las respuestas obtenidas ante las preguntas realizadas en relación al olfato y fase anticipatoria se describen a continuación:

-Percepción del sentido del olfato en los sujetos de la muestra: Se evidenció que el 57, 1% de los sujetos presentaron alteraciones en el sentido del olfato en el transcurso de la progresión de su enfermedad, manifestándose como ausente o disminuido.

-Percepción de la fase anticipatoria en los sujetos de la muestra: Se observó que el 71,4% de las personas manifestaron alguna alteración en la fase anticipatoria, mientras que el 28,6% no presentaron grandes inhibiciones en esta etapa.

Los sujetos que respondieron tener algunas difi-

cultad con respecto a esta fase manifestaron: desganar al comer, estar muy atentos a lo que la gente puede pensar de lo que ve de su enfermedad, otros expresaron “me siento un niño que tienen que ayudarme a cortar cuando me pongo nervioso”, “tomo la medicación al salir de casa, para estar más tranquilo y poder comer”, “si es con mi familia no tengo problema, pero con gente que no conozco me incomoda mucho”, “Prefiero llevar mi propia comida, algo que pueda comer con la mano y frío, como empanadas o pizzas, para no tener que cortar frente a otros y que me vean”.

Ante estas respuestas, se puede interpretar que el estado de conciencia o de alerta en el momento de la alimentación está muy presente, además que el estado cognitivo que le permite a la persona reconocer qué comer o no y el estado emocional que proporciona la motivación y el deseo de alimentarse, se encuentran alterados en estas personas.

Además, como se mencionó en el marco teórico, en la fase anticipatoria los sentidos de gusto y olfato son principalmente los que se activan en este momento, y en estos pacientes se encuentran alterados o disminuidos en un porcentaje considerable.

Conclusiones

Teniendo en cuenta que el objetivo de la presente investigación es “Evaluar la función deglutoria y su autopercepción, en sujetos con Enfermedad de Parkinson que se encuentran en etapas tempranas” es que se arriba a las siguientes conclusiones:

- En cuanto a la autopercepción de la función deglutoria en los sujetos de la muestra, el signo más recurrente e identificado fue el de sensación de escasa salivación (xerostomía) expuesto por el total de las personas, expresándose como boca seca según lo indagado en el interrogatorio. En segundo lugar, el ítem más manifestado fue el de la sensación o impresión de bloqueo después de tragar, con el 71,4%. Luego, en menor proporción, con el 28,6% se encontraron percepciones aisladas de degluciones múltiples, manifestando tragar varias veces el alimento de la boca, y evidenciando la dificultad para tragar comidas sólidas.
- Los signos más presentes en la evaluación clínica de la función deglutoria con alimentos fueron: la ausencia de salivación (hiposialia) ante la consistencia sólida, aspecto que condiciona considerablemente la formación del bolo alimenticio, evidenciándose

en el 85,7% de los sujetos; la dificultad para la masticación del alimento y el transporte del mismo hacia la faringe, fueron signos que se manifestaron en un 42% de la muestra. Este mismo porcentaje se evidenció en lo que respecta a la ATM, observándose asimetrías e incoordinaciones de la articulación. Por consecuencia a lo expuesto, y debido a la afectación muscular que presentan los sujetos, se evidenció un porcentaje de 71,4% de personas con residuos orales para la consistencia sólida. En una menor proporción, el 28,6% presenta debilidad en el cierre labial o sellado con fuerza exagerada; en el 14,3% de la muestra se observó alteración en la coordinación-respiración; degluciones múltiples y alteraciones en el cierre velo-lingual en el 28,6%. La elevación laríngea se encontró alterada en el 42,9% de los sujetos.

- De los síntomas autopercebidos, el que se pudo evidenciar al momento de la evaluación clínica fue la sensación de escasa salivación, reflejándose en la dificultad para la preparación del bolo alimenticio y las funciones que comprometen a este proceso. El signo de impresión de bloqueo, a pesar de ser uno de los más recurrentes en el cuestionario de autopercepción con un 71,4%, no se evidenció con la misma magnitud en la evaluación clínica realizada, la cual se observó en un 14,3% de la muestra.
- La mayoría de las funciones que presentaron alguna alteración en el momento de la evaluación no se vieron reflejadas en el cuestionario de autopercepción, por lo que se puede decir que la autopercepción de los sujetos de la muestra se encuentra por debajo de las valoraciones obtenidas en la evaluación clínica de la deglución. Se destaca que un gran porcentaje de los afectados no es consciente de su problema deglutorio, puesto que estas alteraciones se presentan al principio de su enfermedad.
- Se concluye que las alteraciones presentes son signos incipientes, observándose indicios leves de disfagia en etapas tempranas de la enfermedad, que con la progresión de la patología incrementarán su severidad. De esta manera, se observa que el proceso deglutorio no queda exento de los cambios y manifestaciones propias de los sujetos con EP. Es así que, contrarrestando el presente trabajo con la amplia bibliografía consultada, se concluye que la afectación de la deglución va apa-

reciendo de forma secuencial a lo largo de la enfermedad.

- En lo que respecta a la fase anticipatoria de la deglución, los sujetos presentaron mayor autopercepción para la alteración de esta etapa que para las etapas puramente deglutorias, lo cual fue referido por el 71,4% de la muestra. Se evidenciaron grandes afectaciones para el disfrute y compartir en torno a una comida, destacando la influencia del factor emocional y social en torno a la alimentación. Se pudo constatar que las reuniones en familia y comer en público se ven reducidas, provocando que padezcan ansiedad, pánico o aislamiento, y cómo estos aspectos van afectando indirectamente al desarrollo diario y a la autoestima de la persona, a sus vínculos y al aspecto social de los individuos.
- Ante el olfato y gusto la autopercepción fue clara y precisa por parte de los sujetos que presentaron alteraciones en estos sentidos, observándose mayor porcentaje de afectación para el primero, con el 57,1%, que, para el segundo, con el 28,6%.

“Conocer y reflexionar sobre las percepciones de la persona con enfermedad de Parkinson sobre su calidad de vida contribuye para la comprensión de la enfermedad y auxilia la propuesta de intervenciones clínicas adecuadas.”(Foppa, Vargas-Peláez, Buendgens, Chemello, Charmillot y Marin, 2018)

Agradecimientos

Las autoras agradecen al Médico Neurólogo, Dr. Gabriel Pirán; por su buena predisposición y su desinteresada participación en la presente investigación y a todas las personas que accedieron a conformar parte de la muestra.

Referencias bibliográficas

- Asociación de Parkinson de Madrid (2018, julio) Síntomas de Parkinson de inicio temprano. <https://www.parkinsonmadrid.org/noticias-sobre-parkinson/sintomas-de-parkinson-de-inicio-temprano/>
- Bayés Rusiñol, À., Forjaz, M. J., Ayala, A., Crespo, M., Prats, A., Valles, E. y Garolera-Freixa, M. (2011) Consciencia de disfagia en la enfermedad de Parkinson. *Revista Neurológica*, 53(11), 664-672.
- Bleeckx, D. (2004). *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L

- Bleeckx, D. (2012). Deglución: valoración y rehabilitación. *EMC Kinesiterapia Medicina física*, 33(3) 1-10 http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138245/Campos_Cancino_Diez%20de%20Medina_Fierro.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cámpora, H. y Falduti, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*. 12(3), 98-107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382138394004>
- Caviedes, S.I., Büchi, B. D., Yazigi, G. R. y Lavados, G. P. (2002) Patología de la deglución y enfermedades respiratorias. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 18 (1)https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0717-73482002000100004#:~:text=El%20tr%C3%A1nsito%20del%20bolo%20por,adulto%20de%20cualquier%20edad6
- Cecchini, M.P., Fasano, A., Boschi, F., Osculati, F. & Tinazzi, M. (2015) Taste in Parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 262(4) págs. 806-813. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-014-7518-1>
- Clavé, P., De Kraa, M., Arreola, V., Girvent, M., Farré, R., Palomera, E. & Serra-Prat, M. (2006). The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 24(9), 1385-94.
- Correa Flores M., Arch Tirado E., Villeda Miranda A., RochaCacho K. E., Verduzco Mendoza A. y Hernández López X.(2012) Análisis de la disfagia orofaríngea por medio de la evaluación fibroendoscópica de la deglución en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Cirugía y Cirujanos*, 80(1), 31-37 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66223253006https://www.redalyc.org/pdf/662/66223253006.pdf>
- Cohen J. T.; Manor Y. (2011). Swallowing Disturbance Questionnaire for Detecting Dysphagia. *The Laryngoscope*, 121:1383-1387. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.665.7744&rep=rep1&type=pdf>
- Duque Henríquez, E. (2017) Propuesta de un programa de intervención para la disfagia orofaríngea asociada a la enfermedad del Parkinson. [Tesis fin de grado Universidad de La Laguna, España]. <https://riull.ull.es/xmlui/>

- bitstream/handle/915/9932/Propuesta%20de%20un%20programa%20de%20intervencion%20para%20la%20disfagia%20orofaringea%20asociada%20a%20la%20enfermedad%20del%20Parkinson..pdf?sequence=1
- Fajardo, L. (2015) Factores emocionales asociados con problemas de alimentación en niños con múltiples deficiencias y/o sordociegos. *Revista Areté*, 15 (1) pp. 5-18. <https://arete.iberro.edu.co/article/view/920/750>
- Foppa A. A., Vargas-Peláez C. M, Buendgens B. F., Chemello C., Charmillot F. M. P., Marin M., y cols. (2018) Percepciones de pacientes con enfermedad de Parkinson sobre la calidad de vida. *Revista Ciencias de la Salud*. Universidad del Rosario, Colombia. 16 (2): 262-278.
<https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56255527006/html/index.html>
- González, V. Rafael, Bevilacqua Jorge, A. (2009) Disfagia en el paciente neurológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. https://www.academia.edu/18358951/Disfagia_en_paciente_neurolgico?email_work_card=view-paper
- Hoehn, M., & Yahr, M. D. (1967) Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*.
- Instituto del dolor y cuidados paliativos (2019). Enfermedad de Parkinson <https://clinicadel-dolorcomedem.com/blog/parkinson/enfermedad-de-parkinson/>
- Jofré Atala, C., Lizama Ortiz, C., Luchsinger Escalona, B., Vásquez Cáceres, T., Yalul-Nancuan, C. (2015) Calidad de vida en pacientes con disfagia como consecuencia de trastornos del movimiento de origen neurológico. Universidad de Chile <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138239/Jofr%C3%A9%20Lizama%20Luchsinger%20V%C3%A1squez%20Yalul.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Logemann, J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Austin (TX): 1983.
- Logemann, J. (1998). Anatomy and Physiology of Normal Deglutition. En *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. United States of America. Pro Ed.
- Marín, D.S.M., Carmona, H. V., Ibarra, M. Q., Gámez, M. (2018) Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. 50 (1) <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/8004/8155>
- Plowman Prine, E., Sapienza, C., Okun, M., Pollock, S., Jacobson, C., Wu, S. & Rosenbek, J. (2009). The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease.
- Queiroz, I. (2002). Fundamentos de Fonoaudiología, Aspectos clínicos de la motricidad oral. Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A., 3- 58.
- Schindler, J. y Kelly, J. (2002). Swallowing disorders in the elderly. *The Laryngoscope*, 12:589-602.
- Sieiro Marrero, R. y Sosa Álvarez, L. (2016) La disfagia. Repercusiones y tratamiento en la enfermedad de Alzheimer y Parkinson [Tesis fin de grado Universidad de la Laguna, España] <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2593/La%20disfagia.%20Repercusiones%20y%20tratamiento%20en%20la%20enfermedad%20de%20Alzheimer%20y%20Parkinson..pdf?sequence=1>.
- Silvestre Donat F. J., Miralles Jordá L. y Martínez Mihi V. (2004) Tratamiento de la boca seca: puesta al día. *Revista Scielo*. 9 (1) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000400001
- Tobar, R. (2010). Disfagia Orofaríngea: Consideraciones Clínicas en la Alimentación. *Revista Colegio de Nutricionistas*, 6(11), 13-17.
- Torres Ramírez, L., Dueñas Vicuña, V., Cosentino Esquerre, C., Ruiz García, H. (2018) Frecuencia de la disfagia en una cohorte de pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista Diagnóstico*. https://www.researchgate.net/publication/332546969_Frecuencia_de_disfagia_en_una_cohorte_de_pacientes_con_enfermedad_de_Parkinson

Anexo

Protocolo de Evaluación Clínica

Exploración Clínica

Fecha: / /

Edad:.....Sexo:.....

ETAPA ORAL	SÓLIDOS		SEMISÓLIDOS		LÍQUIDOS	
	Presencia	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia	Ausencia
Cierre labial						
Masticación						
Movimiento lingual						
Transporte del bolo						
Cierre velo-lingual						
Residuos Orales						
Sentido del gusto						
Salivación						
Movimiento del max. Inf.						
ATM						
Coord. resp.-deglución						

ETAPA FARÍNGEA	SÓLIDOS		SEMISÓLIDOS		LÍQUIDOS	
	Presencia	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia	Ausencia
Elevación laríngea						
Coord. resp.-deglución						
Ahogo						
Degluciones múltiples						
Cambios de la voz luego de la deglución						
Tos						
Impresión de bloqueo						
Regurgitación						

En el siguiente trabajo empírico se intenta incorporar una nueva perspectiva en cuanto a los contenidos teóricos vinculados a las “*Etapas del desarrollo motor*” que atraviesan los infantes, tan clásicamente difundidas en diferentes bibliografías a la que solemos acceder los profesionales de las Ciencias de la Salud, de la Educación, de la Psicología, entre otros.

Desde la bibliografía clásica, Las etapas del desarrollo hacen referencia a los hitos o etapas por las que transitan los niños y las niñas, las cuales están (más o menos) establecidas en meses y en años. En general, el posicionamiento desde diversos autores es que si estos periodos no se cumplen como la norma lo indica, ese niño comenzará de algún modo, a ser señalado por salir de la “norma”, y esto paulatinamente lo comenzará a acercar hacia lo “patológico”. El eje, desde esta perspectiva, está puesto más bien en lo que el/la infante NO puede, o No hace.

Si bien siempre se ha hablado de “diferencias individuales” de un sujeto a otro, frecuentemente esto no es tenido en cuenta, sobre todo ante la presencia de infantes que no responden al “ideal”.

Esta nueva óptica nos invita a reflexionar sobre nuestro accionar diario, y hacernos algunas preguntas al respecto.

Supongamos que observamos un bebé de 12 meses, que no camina... podríamos interrogarnos: ¿Por qué un niño “debe” caminar al año? ¿Cuándo es “normal” y cuando se vuelve “atípico” o “patológico”? ¿Qué sucede en el contexto de ese niño? ¿Cuáles son las condiciones del entorno en el que se desarrolla? ¿Facilita...obstaculiza? ¿Y si el niño no camina al año pero no hay ningún tipo de inconveniente? ¿Y si simplemente está transitando cada etapa con la necesidad de más tiempo? ¿La presión que ejercen los adultos que rodean al niño (incluidos profesionales) pueden estar entorpeciendo el desarrollo de ese bebé? ¿El bebé tiene un rol activo en ese “caminar...”? ¿Luego que camine, le exigiremos un nuevo “logro”? ¿Y en el camino, en la transición a... no pasa nada?

El objetivo de esta revisión no es manifestar que todo lo que se escribió hasta ahora es incorrecto. Considero que lo valioso es poder *pensar y reflexionar* al interior de los marcos teóricos y conte-

nidos que uno lee y utiliza a diario. Es decir, no es tirar todo y buscar nuevos marcos sobre los cuales apoyarse, sino dejar de percibirlos como *verdades absolutas*. Esto que puede parecer simple, implica un arduo trabajo, porque significa poder pararnos en la vereda de revisar la labor, abandonar ese “actuar” de manera automática y frente a cada sujeto y su situación singular (considerando su contexto, su historia y múltiples factores que interactúan), reflexionar y actuar en consecuencia, pero ya con la seguridad, de haberlo hecho con una mirada crítica y reflexiva sobre nuestras propias prácticas. Nos invita a la vigilancia permanente...

Esta revisión se apoya y fundamenta en los innumerables aportes realizados por las Dras. Emmi-Pikler, Myrtha Chokler, y Judit Falk, quienes se han dedicado a estudiar y observar el desarrollo infantil.

Si bien es posible detectar signos de alarma cuando observamos el proceso psicomotor que atraviesa cada niño (y esto desde luego, podría permitarnos abordar situaciones de manera oportuna para favorecer la mejoría de ese niño o niña en su desarrollo); también hay que reconocer el hecho de que existe una *variabilidad interindividual* (tanto en edad como en tiempo de experimentación de cada postura y movimiento) que muchas veces no tenemos en cuenta, y es lo que hace que cada proceso sea diferente de un niño a otro.

Concibiendo el desarrollo desde esta *concepción dialéctica*¹ se desplaza la idea del desarrollo como un proceso universal, lineal, acumulativo, con una secuencia invariable, cuyo único factor de progreso reside en la maduración del sistema nervioso. La concepción dialéctica reconoce un proceso muy complejo y dinámico, en constante movimiento, que depende de múltiples factores externos e internos, y en el que, en el transcurso, se pueden observar *continuidades, discontinuidades, avances y retrocesos*, ya que no es lineal, y es crucial tenerlo en cuenta al momento de observar, valorar e intervenir en el desarrollo del niño o la niña. Entiende el desarrollo de la niñez como un proceso complejo en el que convergen e interactúan factores biológicos, medioambientales, históricos y sociales.

Será oportuno desde esta mirada, entonces, encon-

¹ El marco de referencia que sustenta el presente trabajo son: Teoría de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor de Myrtha Chokler; Teoría del desarrollo de la Motricidad Global de Emmi Pikler; Escala de Desarrollo del Instituto Pikler Lóczy, Teoría del Apego de John Bowlby, entre otros.

trar el equilibrio y no abrumarse con la aparición de “la etapa”. Más bien, y ya sea en nuestro rol profesional o en el rol de padres de crianza, podremos observar, disfrutar y acompañar el proceso, el “tránsito a...” que es tan valioso como el hito en sí. El gran aporte de EmmiPikler (1984) vinculado a la descripción de posturas y movimientos llamados “*intermedios*”, (entre “hito e hito”) que no solo permiten la estabilización de las posturas, sino que además son preparatorias de las mismas, revelan el valor extraordinario de estos periodos. Dicha perspectiva implica un cambio rotundo en la mirada, ya que no nos focalizaremos en cada “gran etapa” sino que todo el proceso será de una gran riqueza y dinamismo, y cada cambio por más mínimo que sea será totalmente beneficioso, y favorecedor para el desarrollo del niño/a.

Citando a Judit Falk (2001): “*Los estados menos espectaculares no son tiempos vacíos, sino periodos importantes de intentos o ensayos de experiencias*”. Resignificar esos momentos, es crucial. Escuchar y sobre todo respetar el ritmo de cada infante.

En esta misma línea, la Dra. Chokler en 1988 habló de los Organizadores del desarrollo, definiendo un “organizador” como un ordenador, promotor, planificador, y manifestando que los mismos, según como se presenten, *facilitarán u obstaculizarán*, las interacciones del sujeto con su medio en el desarrollo, por lo que dicha teoría ofrece un marco con el cual comprender, analizar e intervenir en la dinámica del proceso de desarrollo infantil.

Los organizadores del desarrollo propuesto por Chokler son:

- La comunicación
- El apego
- La exploración y la apropiación del mundo externo
- El equilibrio y el control progresivo del cuerpo
- El orden simbólico

De la calidad con la que se vinculan y operan estos factores organizadores, a partir de la estructuración biológica originaria, depende el curso del desarrollo.

Asimismo, las autoras plantean que lamentablemente corremos el riesgo de que la presión ejercida ante la búsqueda del “hito” o la intención de acelerar el curso del desarrollo del niño/a, genere

una *sobreestimulación* totalmente innecesaria y hasta perjudicial para el pequeño pudiendo *desorganizar* los procesos de desarrollo.

En lugar de exigir desmesuradamente, sería mejor que cada infante pudiera ejercer sus propias posibilidades de una manera activa, rica y variada, a su propio nivel, antes que obligarlos a sentirse permanentemente retrasados en relación con lo que se espera de ellos.

Es imprescindible recordar que ese niño/a necesita atravesar sus primeros años de vida fundamentalmente con *amor, placer, confianza, y seguridad*, por lo tanto, la pérdida de estos pilares por parte del niño durante el desarrollo debe alarmarnos porque será trascendental no solo para su niñez, sino para toda su vida. Esta concepción dialéctica se fundamenta y sostiene en la Teoría del Apego propuesta por John Bowlby (1976), la cual plantea en líneas generales, la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo del sujeto y cómo el establecimiento de estos vínculos va configurando sus subjetividades.

Por otro lado, Chokler hace un recorrido de las variadas investigaciones tanto de la Dra. EmmiPikler como de la Dra. AgnésZsanto donde se determinó que los niños pequeños aprenden sus posturas y movimientos de manera *autónoma*, esto significa que el adulto no intervino cuando asomaba una nueva forma de movimiento, no le enseñó ni intentó influir, ni aceleró su velocidad de aparición. Es decir, las nuevas posturas se integraron a las precedentes, y evolucionaron progresivamente en pasajes armónicos mediante una autorregulación. Pero para que esto sucediera, debieron existir ciertas condiciones tanto en el adulto que acompañaba como en el medio que se desarrollaban los/as niños/as que debían estar presentes, ya que, de no ser así, podrían haber obstaculizado la evolución del desarrollo.

En la siguiente imagen, se puede observar como el bebé va desarrollando por propia iniciativa, diferentes posturas a lo largo de su desarrollo. El orden de aparición de las posturas y desplazamientos en la investigación anteriormente mencionada fue el mismo en todos los niños hasta el momento de reptar, luego dependía de variaciones individuales.

Figura N°1: Secuencia de desarrollo de los movi-

mientos por propia iniciativa.²



En palabras de la Dra. M. Chokler, *“Es este desarrollo postural y motor autónomo el que debe considerarse como genéticamente fisiológico.”*

Siguiendo esta línea de pensamiento y repensando desde esta perspectiva dialéctica, esta misma lógica se podría extrapolar a la esfera del lenguaje. Lingüísticamente existen muchos hitos y etapas esperadas durante la adquisición del lenguaje y cuando esto no sucede en los tiempos establecidos, en muchos casos, se repite la historia. De manera apresurada, sin mediar reflexión, aparecen las etiquetas, las presiones en los niños/as, y los miedos en los padres, que a veces son los mismos que al ser transmitidos al niño o niña se traducen en un obstáculo, en un retroceso en el lenguaje que quizás, en algunos casos, comenzó siendo simplemente un proceso más lento en comparación a la mayoría.

Desde la pedagogía Waldorf³ (fundada por Rudolf Steiner), se plantea que “el nivel (que le exigimos al niño) se considera normal cuando responde a aquello que el adulto espera”. Esta idea es fundamental para comprender muchas cosas, la “vara” está puesta desde la perspectiva del adulto, y no de la del niño (mirada adultocéntrica). Por todo esto, es fundamental, la vigilancia constante de nuestras prácticas. Cuanta responsabilidad tenemos como profesionales y como padres, al hablar y manejar estas temáticas. Cuanto impacto pueden generar lo que digamos y hagamos, tanto en los padres, como también (y, sobre todo) en esas infancias que se nos acercan. Por supuesto, eso no significa que

dejemos de tener una mirada atenta sobre el desarrollo, sino que dejemos de pensar solo en el grupo etario o en el factor biológico, como los únicos factores determinantes.

Por eso, esta perspectiva, apunta a ser empáticos con el otro y entender el rol que cada uno ocupa. Desde esa mirada, acompañar y brindar herramientas a los padres revalorizando los vínculos interpersonales que generen con sus hijos/as, explicarles que dichos lazos constituirán la base indispensable de desarrollo de cualquier niño, y aun mucho más en aquellos con dificultades.

Considero oportuno traer a colación este fragmento extraído del Fascículo II. 2 “Desarrollo infantil. Desarrollo motor y postural autónomo” del Ministerio de Salud de la Nación (2010):

La motricidad del ser humano está relacionada con lo más profundo de su ser. Motivada por la necesidad, el deseo y el impulso de conocimiento, pone en acción un repertorio biológico que sólo puede expresarse en función de la relación que establece el sujeto con el medio. El adulto, por su parte, cumple con un rol indirecto en las actividades del niño. No enseña al niño a realizar ningún movimiento en particular. Su función es la de observar y proveerle, conforme a su nivel de desarrollo, los elementos necesarios para su evolución. (p.10)

Resulta imprescindible entonces, saber acompañar estos procesos, potenciando lo que la Dra. Emmi Pikler (1984) llamó los Factores Facilitadores del Desarrollo (FFD), que le permiten al niño/a el despliegue de sus potencialidades y posibilitan la adaptación a situaciones concretas y las interacciones con un otro/a, ante determinadas condiciones del entorno que operan facilitando el desarrollo. Las mismas giran en torno al rol del adulto, al espacio, a los objetos y a la indumentaria.

Asimismo, no debemos olvidar que la actividad intelectual surge por la mediación de las relaciones humanas de carácter afectivas que le permiten al niño la emergencia de la conciencia.

Finalizando el escrito y sin miras de herir susceptibilidades, estas líneas nos invitan a mirar con

² Imagen extraída de CHOKLER, Myrtha. (s/f) “Desarrollo postural y motor autónomo según Emmi Pikler”.

³ La pedagogía Waldorf nace en 1919, y es un tipo de pedagogía alternativa alejada de la escuela tradicional, centrada en el niño y sus ritmos de aprendizaje.

“otros” ojos, a movilizarnos, a generar algo de incomodidad (a veces necesaria) y a mirar y mirarnos en nuestros diferentes roles ocupados en relación con las infancias.

Las infancias nos interpelan, y es menester prestar atención y hacernos cargo, teniendo como objetivo promover el despliegue de sus potencialidades facilitando el proceso de adaptación al medio en el que se desarrollan, e interviniendo (siempre que sea oportuno) transformando favorablemente su realidad, como *sujetos de derechos que son, sensibles y competentes, con sus subjetividades y realidades diferentes*.

Definir a la Infancia desde un lugar homogéneo o que responda a un ideal, implica desconocer la singularidad que es inherente a cada niño o niña y a su contexto que lo condiciona y configura.

Agradecimientos

Agradezco inmensamente a la formación ofrecida en la Especialización en Primeras Infancias de la

FCH (Facultad de Ciencias Humanas) que brinda a sus estudiantes, herramientas valiosísimas que posibilitan una nueva mirada, un enfoque integral de las Infancias.

Referencias bibliográficas

- BOWLBY, John. (1976) “Attachment and Loss, volumen II. La Separación Afectiva.” Editorial Paidós Buenos Aires.
- CHOKLER, Myrtha. (1988) “Los organizadores del desarrollo psicomotor”. Ediciones Cinco. Buenos Aires.
- CHOKLER, Myrtha. (s/f) “Desarrollo postural y motor autónomo según Emmi Pikler” FALK, Judit. (2001) “Desarrollo lento o diferente”. Revista In-fan-cia N°70.
- Ministerio de Salud de Nación (2010) Desarrollo infantil. Buenos Aires: Ministerio de salud.
- PIKLER, Emmi. (1984) “Moverse en libertad. Desarrollo de la motricidad global”. Editorial Narcea. Madrid.