



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE FONOAUDILOGÍA  
ROSARIO, ARGENTINA**

**Junio, 2025**

“El impacto de la disfagia en la calidad de vida de los sujetos con Enfermedad de Parkinson y la importancia del rol fonoaudiológico”

**ALUMNAS**

Bralo, Rocío

Molina, Agustina

**CON LA SUPERVISIÓN DE:**

Lic. Gargallo, Lucía

Med. Cortadi, Pablo

**CONSULTORA**

Lic. Comino, Luz

Tesina presentada por:

Bralo, Rocío.....

Molina, Agustina.....

Con la supervisión de:

Med. Cortadi, Pablo.....

Lic. Gargallo, Lucía.....

Y la consultoría de:

Lic. Comino, Luz.....

---

Aprobada por:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En Rosario, a los ..... días del mes de .....del año.....

Legajo/s: B-2129/6

M-2498/8

## *Agradecimientos*

*A nuestras familias y amigos, que nos acompañaron durante el recorrido de nuestra carrera, brindándonos apoyo incondicional.*

*A nuestros tutores, Lucía Gargallo, Pablo Cortadi y a Luz Comino, por guiarnos en este proceso, por su buena predisposición y paciencia.*

*A la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Rosario, por recibirnos sin condición alguna y permitirnos la formación en esta hermosa carrera.*

## **Resumen**

El presente ensayo explora y profundiza acerca del impacto que posee la disfagia en la calidad de vida de los sujetos con enfermedad de Parkinson (E.P.). A lo largo de este análisis se exponen diferentes miradas en torno a la E.P. y se le otorga relevancia a aquellas que destacan a las manifestaciones no-motoras en los estadios pre-clínicos y en su rol diagnóstico. Este trabajo analiza, desde un enfoque teórico y bibliográfico, cómo la disfagia, en tanto enfermedad, afecta la salud física, emocional y social de las personas con E.P., y reflexiona sobre la importancia de una intervención fonoaudiológica temprana, integral y centrada en el paciente. Se destaca el rol del fonoaudiólogo en la detección precoz, la planificación terapéutica individualizada y el acompañamiento del entorno, así como la necesidad de incorporar herramientas para evaluar la calidad de vida como insumo esencial en el abordaje clínico. Se concluye que una atención oportuna, interdisciplinaria y con perspectiva biopsicosocial puede mejorar significativamente el bienestar de quienes padecen esta enfermedad.

### **Palabras Clave:**

**Disfagia - Enfermedad de Parkinson - Calidad de Vida - Intervención Fonoaudiológica - Detección Temprana**

## Índice

Introducción.....	6
Objetivos.....	7
Problematización.....	8
Desarrollo.....	9
1. Disfagia y Enfermedad de Parkinson: una mirada más allá de los síntomas motores.....	10
2. Deglución y Disfagia.....	13
Etapas de la deglución y su alteración en la E.P.....	14
3. ¿Cómo la disfagia compromete la calidad de vida y qué acciones puede llevar a cabo el profesional para abordarlas? .....	17
4. Detección precoz e intervención oportuna.....	19
5. La importancia de las mediciones de la calidad de vida en la planificación terapéutica.....	26
Conclusión.....	32
Referencias.....	35

## **Introducción**

El presente trabajo se propone reflexionar, con base en diversos aportes teóricos, acerca del impacto que tiene la intervención fonoaudiológica temprana y oportuna de la disfagia en la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson (E.P.).

Diversos autores coinciden en que la E.P. debe ser entendida como una patología de carácter multisistémico. En este sentido, Shapira (2009), citado en Hurtado González (2014), sostiene que la enfermedad no afecta exclusivamente al sistema dopaminérgico nigroestriatal, sino que compromete otros sistemas neuronales desde sus fases iniciales.

Esta concepción ampliada permite problematizar el momento del curso de la enfermedad en el que se manifiesta la disfagia, y, en consecuencia, determinar cuándo debe intervenir el/la profesional fonoaudiólogo/a. Desde esta perspectiva, la disfagia puede presentarse en cualquier estadio de la enfermedad de Parkinson, lo que la convierte en un posible indicador clínico de la misma.

La disfagia compromete de manera directa la nutrición, la hidratación y la salud respiratoria, aumentando el riesgo de complicaciones severas, como la neumonía por aspiración. Además, genera un fuerte impacto emocional y social en los sujetos, quienes experimentan ansiedad, aislamiento y pérdida de autoestima como consecuencias del deterioro en el acto alimentario. Estudios recientes de Jofré Atala et al., (2015) y Cosentino et al., (2021) evidencian una correlación entre la presencia de disfagia y el aumento de la sintomatología depresiva, lo que compromete aún más la calidad de vida.

Este enfoque biopsicosocial amplía la mirada sobre la intervención, promoviendo un abordaje interdisciplinario y resaltando el rol activo del/la fonoaudiólogo/a desde una perspectiva centrada en la calidad de vida y no únicamente en la patología.

## **Objetivos**

Analizar el impacto de la disfagia en la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson.

Describir los momentos del transcurso de la enfermedad de Parkinson en los que puede manifestarse la disfagia, así como el momento en que resulta pertinente la intervención del/la profesional fonoaudiólogo/a.

Analizar cómo se afecta cada fase de la deglución en sujetos con E.P. y justificar la intervención fonoaudiológica en pos de mejorar la calidad de vida.

Destacar la relevancia de la intervención fonoaudiológica temprana y oportuna e identificar las acciones que puede llevar a cabo el/la profesional fonoaudiólogo/a.

Analizar la importancia de evaluar la calidad de vida en personas con EP, entendida como herramienta para orientar y definir los objetivos del tratamiento fonoaudiológico.

## **Problematización**

La Enfermedad de Parkinson es una patología neurodegenerativa progresiva, caracterizada por manifestaciones motoras y no-motoras, que afecta significativamente la calidad de vida de quienes la padecen. Si bien estas últimas son factores predictivos importantes para la CV, su relevancia no ha sido adecuadamente reconocida, es por ello que se reflexiona sobre la subestimación de los síntomas no motores en la detección y el abordaje de la E.P. En particular, se analiza el impacto que tienen una de estas manifestaciones no motoras: la disfagia, en la calidad de vida de estas personas.

Se considera que un abordaje precoz y oportuno se traduce en un impacto positivo en la CV, en este sentido se problematiza ¿por qué el profesional fonoaudiólogo no suele intervenir en los primeros estadios de la enfermedad?

En este contexto, se describe en detalle la alteración de cada fase de la deglución en la E.P. y en consecuencia, se realiza una descripción acerca de los métodos de evaluación y de las herramientas terapéuticas más adecuadas para esta enfermedad. Considerando que el diagnóstico y tratamiento de la disfagia son parte de las incumbencias del profesional fonoaudiólogo.

La percepción de la CV con respecto a la disfagia del sujeto difiere significativamente con la de los profesionales de la salud. Se plantea la necesidad de reflexionar ¿qué herramienta puede ser implementada para su medición?. En este sentido, se analiza ¿por qué es importante incorporar la voz del paciente y su entorno en la planificación terapéutica?

## Desarrollo

La alimentación no se reduce únicamente a un acto biológico u orgánico, sino que también se encuentra vinculada a las dimensiones sociales, psicológicas y culturales. Estas tres se relacionan recíprocamente influyéndose unas a otras, ya que la alimentación forma parte de espacios de encuentro, intercambio y socialización, ocupando un lugar significativo en la vida colectiva. Desde una perspectiva cultural, los alimentos, los platos típicos y los utensilios utilizados representan construcciones propias de cada sociedad, muchas veces asociadas a fechas y prácticas relevantes. En relación a esto, la calidad de vida está atravesada por diferentes factores, como la participación del sujeto en la sociedad, la cultura y su estado psicológico; en este sentido, los autores Felce y Perry (como se citó en Karimi y Brazier, 2016), entienden a la calidad de vida como al bienestar general que comprende descripciones objetivas y evaluaciones subjetivas del bienestar físico, material, social y emocional junto con el potencial del desarrollo personal y actividades con un propósito, todo siendo ponderado por un arsenal personal de valores. Considerando lo expuesto, la alteración del acto de la alimentación y más específicamente la disfagia en la Enfermedad de Parkinson (E.P.), afecta a los factores mencionados.

Habitualmente se considera que la enfermedad de Parkinson afecta la CV de los enfermos por sus manifestaciones motoras, que son las que motivan a consultar con el servicio de neurología. Sin embargo, tanto en sus fases previas como en las tardías, los síntomas 'no motores' impactan de igual o mayor manera en la CV de los pacientes. (Jofré Atala et al., 2015).

Ahora bien, esta postura se justifica debido a que, según describen Arango Hoyos et al., (2012), los síntomas motores resultan más fáciles de detectar que los no motores, sin embargo, estos últimos son los factores predictivos más importantes de la calidad de vida de los pacientes con E.P. y pueden ser subestimados.

En definitiva, la E.P. conlleva mucho más que las manifestaciones motoras, de modo que, un abordaje que solo se dirija a mitigar esta sintomatología tendrá poco efecto sobre el bienestar y funcionalidad en la vida diaria del sujeto.

## **Disfagia y Enfermedad de Parkinson: una mirada más allá de los síntomas motores.**

Los Trastornos del Movimiento se pueden definir como un grupo de alteraciones neurológicas que afectan a los movimientos, tanto en velocidad, frecuencia, calidad, exactitud y facilidad, de esta manera se ven afectadas la funcionalidad y la naturalidad motriz de la persona (Movement Disorders Society, 2023). Dentro de estos trastornos se encuentra el *Síndrome parkinsoniano o Parkinsonismo*. Este se puede dividir en: parkinsonismo típico, parkinsonismo atípico o parkinsonismo secundario. Nos centraremos en el parkinsonismo típico, ya que dentro de él se encuentra la *enfermedad de Parkinson (E.P.)*.

Según Marín et al. (2018), la E.P. es un trastorno neurodegenerativo progresivo, crónico y complejo, caracterizado histológicamente por la pérdida de neuronas dopaminérgicas en el sistema nigroestriado y la presencia de cuerpos de Lewy, entre otras alteraciones. Esta pérdida neuronal conlleva una disminución progresiva de la dopamina, lo que repercute directamente en el control muscular y en la actividad motora.

Su diagnóstico es clínico, es decir, a partir de los signos y síntomas, los cuales pueden tardar entre 10 y 20 años en manifestarse desde el inicio de la enfermedad, dando lugar a un comienzo insidioso de la misma. Dicho inicio puede ser acinetorígido, tremórico o mixto. Un estudio llevado a cabo en Brasil por Magalhães Navarro-Peternella et. al (2012) arroja que los primeros signos y síntomas de la E.P. se manifiestan aproximadamente a los 60 años de edad, además en esta franja etaria se concentran manifestaciones de una gran variedad de enfermedades crónicas. Se puede concluir que lo mencionado previamente forma parte de las razones para explicar el retraso o dificultad en establecer el diagnóstico de E.P. (Gómez, 2007, como se citó en Toledo Plasencia y Valencia Díaz, 2021-2022) (Fustinoni, 2001).

Según López-Liria, et al. (2020) los síntomas no motores evolucionan a lo largo del proceso de la enfermedad, y si no se establece un control sobre los mismos se afecta de manera creciente la autonomía, la salud física, el estado psicológico, la economía y la participación social del paciente, en definitiva, su calidad de vida. En este sentido, resulta indispensable que el profesional fonoaudiólogo posea un conocimiento integral de la sintomatología asociada a la E.P., ya que dicho conocimiento constituye la base para una intervención fonoaudiológica eficaz que contribuya a mitigar estos efectos y que se ajuste a

las necesidades cambiantes del paciente a lo largo del proceso neurodegenerativo. A los fines del presente trabajo se menciona aquella sintomatología relacionada con el acto de la alimentación: la bradicinesia, la rigidez y el temblor de reposo son síntomas motores que alteran dicho acto. Por otra parte, los síntomas no-motores que afectan este acto son las alteraciones cognitivas, las alteraciones emocionales, la sialorrea y el babeo, la xerostomía, la ageusia, la disfagia, el reflujo gastroesofágico y los trastornos respiratorios.

Dado que la disfagia puede estar presente incluso en fases iniciales, la intervención del profesional fonoaudiólogo debe realizarse desde los primeros indicios de dificultad en la alimentación, o incluso de forma preventiva. Su rol es fundamental para evaluar, detectar y tratar alteraciones en la deglución y así preservar la calidad de vida del paciente, entendiendo al sujeto desde una perspectiva integral y no reducida a un solo sistema.

La posibilidad de detectar la E.P. en su estadio inicial es fundamental, debido a que, si bien, no se puede modificar su curso, la intervención oportuna permite un mejor control de la enfermedad y sus síntomas, una planificación respecto a los cambios que se darán en la vida del sujeto y de su familia y, por lo tanto, un menor compromiso en la calidad de vida de la persona.

La precisión diagnóstica ha mejorado gracias a los avances científicos. En este sentido la Movement Disorders Society (MDS) propone criterios diagnósticos para la E.P. (Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease) los cuales consisten en diagnosticar el parkinsonismo en primer lugar, para luego diagnosticar la E.P. u obtener un diagnóstico probable, basándose en los criterios de apoyo, los criterios de exclusión absoluta y las banderas rojas. Estos criterios diagnósticos son médicos y centrados en los síntomas motores, quitándole a los síntomas no-motores la relevancia que merecen para el diagnóstico. A pesar de ello, estos constituyen criterios estándar para arribar al diagnóstico de la E.P., por lo que resulta fundamental que los/as fonoaudiólogos/as los conozcan. Al tratarse de una patología neurodegenerativa, las manifestaciones clínicas se presentan de manera progresiva, y el registro de la sintomatología emergente contribuye a alcanzar un diagnóstico más certero. Esto permite planificar un tratamiento más adecuado y eficaz, con un impacto positivo en la calidad de vida del paciente.

La evidencia científica actual permite replantear una de las preguntas centrales en torno a la Enfermedad de Parkinson: ¿por qué los síntomas no motores, como la disfagia, siguen siendo subestimados en su diagnóstico y abordaje, a pesar de su impacto directo en la calidad de vida? Se ha descubierto que la E.P. no afecta exclusivamente al sistema dopaminérgico nigroestriatal, sino que compromete múltiples sistemas neuronales desde sus fases iniciales. Por este motivo, Shapira (2009), citado en Hurtado González (2014), la define como una patología multisistémica. En la misma línea, Ahlskog (2007), citado en Sapor et al. (2008), sostiene que las primeras neuronas afectadas en el curso de la enfermedad no son dopaminérgicas, y que las estructuras clásicamente asociadas a los síntomas motores se ven comprometidas más adelante.

Al describir los sistemas neuronales afectados en la E.P., Hartmann, Agid y Shapira (2009) incluyen, además del sistema dopaminérgico, otros sistemas como el noradrenérgico, el colinérgico y el serotoninérgico. Esta perspectiva ofrece un marco relevante para comprender la aparición de síntomas no motores que no responden a los tratamientos dopaminérgicos convencionales, pero que representan un fuerte condicionante de la calidad de vida.

Reconocer este enfoque permite anticipar una nueva pregunta: ¿qué otras estrategias terapéuticas pueden ser eficaces frente a síntomas no motores, muchas veces ignorados por profesionales de la salud? Si se asume que las primeras áreas afectadas son no dopaminérgicas, entonces los primeros síntomas también pueden ser no motores. En este sentido, autores como Legacy et al. (2020) y Winiker y Kertscher (2023) sostienen que la disfagia puede presentarse en cualquier estadio, incluso en las fases preclínicas o prodrómicas, convirtiéndose en un posible indicador temprano de la enfermedad.

De considerarse así, el diagnóstico e intervención precoz de la disfagia se vuelve esencial. Sin embargo, los síntomas no motores aún no reciben suficiente atención en la investigación ni en la clínica, a pesar de su fuerte relación con la calidad de vida y con áreas directamente vinculadas al accionar fonaudiológico. En muchos casos, estos síntomas pueden resultar más incapacitantes que los motores, como sucede con la disfagia, una alteración de la deglución que afecta directamente un acto vital y simbólico como es la alimentación.

## **Deglución y Disfagia**

La deglución es definida como un proceso sensorio-motor complejo que implica el transporte de sustancias (líquidas y sólidas) y de saliva desde la boca hacia el estómago, e incluye actos automáticos como volitivos. Es parte de la digestión y es el resultado de actividades neuromusculares sinérgicas coordinadas y secuenciales en interdependencia con las estructuras y los espacios funcionales. (Chiavaro, 2011).

Como se mencionó anteriormente, la alteración de la deglución es conocida como disfagia, ubicándose dentro de los Trastornos de la Deglución y Alimentación. Constituye una alteración en la secuencia de la deglución, lo cual puede resultar en un compromiso de la seguridad y eficiencia. (Dodrill & Gosa, 2015 como se citó en González Moreira, et al. 2021)

Por lo descrito, Costa (2013) considera más adecuado concebir a la disfagia como una enfermedad, en lugar de simplemente un síntoma, ya que compromete a diversos sistemas y se presenta como un conjunto de signos y síntomas característicos.

La E.P. es el trastorno neurológico con mayor capacidad de producir disfagia funcional. Conocer la causa de la disfagia permite un mejor pronóstico. En el caso de la E.P., es sabido que no posee tratamiento curativo, por lo que irá avanzando junto con la misma enfermedad comprometiendo de manera creciente la calidad de vida de la persona que se encuentra cada vez más limitada en las actividades de su vida cotidiana, entre ellas en la alimentación.

La disfagia se puede clasificar en orofaríngea y esofágica. Según la World Gastroenterology Organisation (WGO) (2014):

La disfagia hace referencia a la dificultad que alguien puede tener en las fases iniciales de la deglución (descrita habitualmente como “disfagia orofaríngea”), o bien a la sensación de que de alguna manera hay una obstrucción al pasaje de los alimentos y/o líquidos de la boca al estómago (descrita habitualmente como “disfagia esofágica”).(p.3)

Si bien, ambas pueden desarrollarse en la E.P., de acuerdo con Sanz Cartagena (2015), la disfagia **orofaríngea** se presenta con mayor frecuencia; sus causas pueden ser

estructurales o funcionales. A su vez, dentro de estas últimas se encuentran las causas neuromusculares y neurológicas. La prevalencia de problemas deglutorios en la enfermedad de Parkinson medida con herramientas objetivas es del 82%, mientras que la prevalencia de la disfagia subjetiva en la comunidad de pacientes con Parkinson es del 35%. (Sundstedt, 2017).

#### *Etapas de la deglución y su alteración en la E.P.:*

A lo largo del desarrollo de la enfermedad, es posible identificar diferentes tipos de alteraciones del proceso deglutorio en relación a la etapa que se compromete. Las estructuras que intervienen en estas fases se comportan como una unidad funcional y conforman órganos pertenecientes a la vía respiratoria (nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea y pulmones) y a la vía digestiva (cavidad bucal, faringe, esófago y estómago) (Chiavaro, 2011). En la encrucijada digestivo-respiratoria a nivel del cuello se entrecruzan ambas vías. La coordinación y sincronización entre ambas está controlada por el sistema nervioso central (SNC) y es fundamental para una correcta deglución. (Cámpora y Falduti, 2017). Se consideran cinco fases que incluyen: la fase anticipatoria, preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica.

Comprender en profundidad cada una de estas fases resulta fundamental para interpretar adecuadamente las alteraciones que pueden presentarse en pacientes con Enfermedad de Parkinson.

#### - **Fase Anticipatoria:**

Las alteraciones en ésta etapa están en relación a los trastornos sensoriales, como del gusto u olfato, que lleva al sujeto a la pérdida de experiencias placenteras con los alimentos, pudiendo causar pérdida de peso y/o malnutrición (Roos et al. 2018). Además, según Baert et al., (2021), las modificaciones en la consistencia de los alimentos relacionadas al tratamiento fonoaudiológico pueden generar repercusiones negativas dado el cambio de texturas, sabor y/o aroma , lo que puede comprometer también esta etapa del proceso de alimentación.

#### - **Fase Preparatoria Oral y Fase Oral:**

En sujetos con E.P. los músculos de la cara, la boca y la lengua encargados del proceso deglutorio se ven gravemente afectados por la rigidez, la menor amplitud del movimiento,

el temblor y los movimientos involuntarios (es importante recordar que la levodopa induce discinesias). La fuerza de la lengua se encuentra reducida, además lleva a cabo un movimiento repetitivo y oscilante, en lugar de propulsivo.

Según la World Gastroenterology Organisation (WGO), (2014) estos sujetos manifiestan una gran dificultad para iniciar la deglución. Pueden necesitar varias degluciones para cada bocado, pudiendo quedar restos de los mismos en la cavidad oral.

Las características descritas ocasionan dificultades para manipular los alimentos y masticarlos, así como también para la deglución de líquidos, especialmente cuando estos se utilizan para ingerir medicación en forma de pastillas. Con el paso del tiempo, el sujeto puede relacionar la ingesta de líquidos con una experiencia negativa, causando miedos y ansiedades. Esto se vuelve contraproducente, no solo por la toma de medicación sino por la deshidratación. (Cámpora y Falduti, 2012)

En esta fase inicial, es frecuente observar un cierre anterior y/o posterior incompleto de la cavidad oral, lo que facilita el derrame de alimentos, líquidos o de la excesiva acumulación de saliva. Particularmente, el derrame posterior puede permitir el paso de secreciones hacia la vía respiratoria, generando un riesgo de aspiración en ausencia de una respuesta protectora adecuada. Esta situación se encuentra estrechamente vinculada a alteraciones sensoriales y a la incompetencia funcional de las estructuras anatómicas implicadas, propias del proceso patológico subyacente. En este contexto, la entrada de líquidos a la vía aérea se ve facilitada por sus propiedades físicas. El derrame anterior de saliva, alimentos o líquidos también tiene un impacto psicológico considerable, especialmente por la exposición en contextos sociales, afectando la calidad de vida en ámbitos social, físico y emocional. Además, parte del alimento o líquido introducido en la boca puede no ser ingerido, lo que, sí ocurre de forma recurrente, puede derivar en desnutrición o deshidratación.

Legacy et al. (2020) y Cámpora y Falduti (2012) señalan que la sialorrea y el babeo generan dificultades en las etapas iniciales de la deglución. La sialorrea se refiere al exceso o desbordamiento de saliva, mientras que el babeo implica su acumulación en la cavidad oral debido a un control deficiente. Ambos suelen ser indicios del avance de la enfermedad. Su aparición puede estar asociada a factores como trastornos neuromusculares, disfunción de los músculos linguales y de los reflejos deglutorios, alteraciones neurosensoriales o

hiperactividad de las glándulas salivales, lo que favorece la acumulación de fluidos (Orsini et al., 2022; Srivarnitchapoom et al., 2014). En esta misma línea, Plowman-Prine et al. (2009) plantean que estas manifestaciones pueden contribuir a déficits funcionales en la deglución.

- **Fase Faríngea:**

Durante esta fase, la sucesión de eventos están alargados, pudiendo requerir hasta el doble del tiempo que necesita una persona sana. A su vez, la fuerza de propulsión del bolo es débil, siendo esta la principal causa de penetraciones y aspiraciones en la vía aérea. También es frecuente que se acumulen alimentos en la garganta, vivenciado como una sensación de “atoramiento”. Los músculos faríngeos, no trasladan eficientemente el bolo ni limpian adecuadamente los restos, provocando que queden adheridos a las paredes de la hipofaringe y a los senos piriformes. Además, la excursión hiolaríngea podría estar reducida, comprometiendo el correcto cierre de la vía aérea. Cámpora y Falduti, (2012) destacan que el sujeto puede manifestar la sensación de asfixia o falta de aire cuando el alimento ingresa a la tráquea. Con el agravante que en muchos casos el reflejo de la tos puede estar disminuido o ausente. Por otro lado, a nivel de la rinofaringe, la válvula velofaríngea puede producir fenómenos como la regurgitación nasal. (World Gastroenterology Organisation, 2014). Lo expuesto justifica la existencia de una incoordinación respiración-deglución en pacientes con E.P., hecho que reduce la seguridad deglutoria.

Ciertos estudios realizados por Schiffer y Kendall, (2014), demuestran efectivamente la existencia de lesiones en los nervios sensoriales las cuales ocasionan una disminución somatosensorial faríngea/laríngea y anomalías de la función autónoma, causadas por los procesos patológicos propios de la enfermedad. Las lesiones son más numerosas en el nervio laríngeo superior interno, responsable del inicio de la deglución y la protección de la vía aérea.

Las anomalías de la retroalimentación sensorial pueden ser responsables del retraso en el cierre de las vías respiratorias, causando aspiraciones, debido al retraso en el disparo del reflejo deglutorio y la afeción del conocimiento de la ubicación del bolo.

- **Fase Esofágica:**

La WGO (2014) sostiene que la apertura del esfínter esofágico superior (EES) se ve obstaculizada, debido a la rigidez propia de la enfermedad. A su vez, la debilidad de la musculatura hioidea (cuya contracción estimula la apertura del EES) y la pobre propulsión lingual dificultan la apertura del esfínter en una enfermedad neurodegenerativa como lo es el Parkinson.

Los pacientes pueden sentir que los alimentos se “atoran” o “descienden lentamente” por el esófago. El hallazgo más frecuente es el deterioro de la motilidad esofágica lo cual perjudica el traslado del bolo y la limpieza de los restos. Difícilmente las alteraciones de esta fase pasen desapercibidas, es por eso que este tipo de disfagia, a diferencia de la anteriormente descrita, suele detectarse de manera temprana.

Como se ha mencionado, en la E.P. se pueden afectar las cinco etapas de la deglución, sin embargo, no necesariamente se deben comprometer todas de la misma forma ni al mismo tiempo. Al considerar cinco fases se puede abordar a la patología de una manera más detallada. Es importante que el profesional fonoaudiológico conozca la sintomatología implicada en cada fase para llegar a una conclusión adecuada respecto al compromiso deglutorio de cada sujeto, lo cual, a su vez impactará en el tratamiento y, consecuentemente, en la calidad de vida.

### **¿Cómo la disfagia compromete la calidad de vida y qué acciones puede llevar a cabo el profesional para abordarlas?**

La disfagia, entendida como una alteración en la deglución, tiene un impacto directo sobre la salud física, especialmente en personas con E.P., donde se incrementa el riesgo de desnutrición, deshidratación y, particularmente, de neumonía por aspiración. La fase faríngea es una de las más comprometidas, y en estos pacientes el reflejo de la tos puede estar disminuido o abolido, lo que genera aspiraciones silentes. Según Sundstedt (2017), la neumonía por aspiración es una de las comorbilidades con mayor mortalidad en estos sujetos, implicando hospitalizaciones, alimentación por sonda y un tratamiento complejo que deteriora su estado general y afecta profundamente su calidad de vida.

La aspiración puede presentarse incluso antes de que el paciente sea consciente de sus dificultades, lo que hace indispensable una evaluación fonoaudiológica temprana. El diagnóstico oportuno permite intervenir antes de que aparezcan complicaciones graves,

evitando una reducción significativa del bienestar del sujeto. Sin embargo, muchas veces el acceso al profesional fonoaudiólogo se ve limitado por el desconocimiento de su rol tanto por parte del sistema de salud como de los propios pacientes.

Más allá de sus complicaciones físicas, la disfagia repercute notablemente en la dimensión psicosocial. Plowman-Prine et al. (2009) revelan que el 41% de las personas con disfagia experimentan ansiedad o pánico durante las comidas, y el 36% evita alimentarse con otros, lo que conlleva a un aislamiento social y pérdida de autoestima. Este malestar se agrava a medida que la enfermedad avanza, generando sentimientos de frustración, vulnerabilidad y dependencia.

Según Cosentino et. al (2021) la depresión se asocia frecuentemente con una calidad de vida reducida, lo que es sumamente relevante en relación al compromiso psicosocial. En este contexto, el hallazgo realizado por Plowman-Prine et al. (2010) sobre la CV en pacientes con E.P. utilizando el cuestionario SWAL-QoL, también arroja resultados significativos. Aunque los autores descubrieron que no existe una relación directa entre la CV, la disfagia y la duración de la enfermedad, diferentes fueron los resultados para la CV en relación a la disfagia y a la depresión; lo que sugiere que el declive de la salud mental y bienestar social de la persona, se relaciona con la complicación creciente de la disfagia en la vida del sujeto. Peñalva-Arigitá et al. (2022) advierten sobre la relación entre las inseguridades asociadas a la alimentación, la depresión y la calidad de vida, enfatizando la importancia de abordar estas problemáticas de forma integral.

Así, la disfagia no debe abordarse como un síntoma aislado, sino como un fenómeno complejo con profundas implicancias emocionales y sociales. Las afecciones secundarias son generadoras de vulnerabilidad, dependencia de otros, aislamiento social, depresión, frustración y carga para el cuidador. Estos efectos no deseados pueden amplificarse a medida que se agravan o aparecen nuevas complicaciones derivadas de la disfagia debido a la naturaleza evolutiva de la E.P.

El deterioro en la calidad de vida también se extiende a su entorno cercano, en particular a la figura del cuidador. Bruno y Terroba Chambi (2017) describen a esta persona, generalmente un familiar o pareja, como quien asume la responsabilidad de cubrir las necesidades del enfermo, incluyendo su alimentación, desplazamientos y asistencia durante las comidas. Esta tarea suele implicar una gran sobrecarga emocional, física y económica,

especialmente en un contexto donde la mayoría de los pacientes son adultos mayores fuera del circuito laboral, con dificultades para afrontar los costos de la terapéutica si no cuentan con cobertura médica.

El rol del cuidador no se limita a lo físico; implica también un sostén emocional. Es por esto, que es necesario que los profesionales de la salud creen una red de contención para todo el entorno del sujeto con E.P. ya que con el apoyo adecuado, el/los cuidador/es pueden desempeñar su rol de manera más efectiva, lo cual impacta directamente sobre la calidad de vida, no solo de la persona, sino del conjunto.

En definitiva, el fonoaudiólogo interviene promoviendo una mejor calidad de vida a partir de un abordaje integral que involucre al entorno del sujeto y contemple el factor físico, emocional y social de manera efectiva. Desempeña un papel clave en el abordaje de la CV del sujeto con E.P., involucrándose en todas las etapas del proceso de la enfermedad. Es por ello, que a continuación se desarrollará el rol que tiene el fonoaudiólogo en la detección y abordaje de la disfagia en E.P.

### **Detección precoz e intervención oportuna**

Es fundamental destacar la importancia de la detección precoz de la disfagia en los primeros estadios de la E.P., ya que el impacto sobre la morbilidad, mortalidad, el bienestar social, físico y psicológico será significativamente menor que si la detección se realiza en etapas avanzadas. En este caso, los síntomas suelen ser más limitantes para la vida cotidiana del sujeto, afectando negativamente su CV.

Si bien, la obtención de un diagnóstico temprano permite una intervención oportuna en relación a los primeros estadios de la enfermedad, esta puede ser realizada en todo momento del desarrollo de la enfermedad. Se considera fundamental que sea adaptada a las necesidades individuales del paciente, otorgándole al sujeto y su familia herramientas terapéuticas en pos de mantener una calidad de vida óptima.

Para llevar a cabo una detección precoz, el fonoaudiólogo realizará una evaluación integral del sujeto, llevando a cabo pruebas objetivas y subjetivas.

Los métodos diagnósticos nos permiten evaluar la seguridad y eficacia de la deglución. Para abordar estos aspectos disponemos de dos grupos de métodos diagnósticos: los **métodos clínicos y las pruebas complementarias específicas**.

Los **métodos clínicos** comprenden a la *anamnesis*, con una detallada descripción del problema del paciente, mediante las observaciones clínicas pertinentes y a la *exploración clínica de la deglución*, mediante pruebas no-instrumentales. Dentro de las pruebas no instrumentales encontramos dos tipos fundamentales de herramientas: cuestionarios y métodos intervencionistas (evaluación a pie de cama o *bedside screening*). (Clavé Civit y García Peris, 2013) (Jaume Bauzá y Gutierrez Fonseca, 2022).

Dentro de las **pruebas complementarias específicas** se encuentran:

- a. *Evaluación Fibroscópica de la Deglución (FEES)*
- b. *Videofluoroscopia (VFS)*
- c. *Manometría Faringoesofágica*
- d. *Esofagograma con Contraste Baritado (Deglución de bario)*
- e. *Centellografía de tránsito esofágico con radionucleótidos*

(Clavé Civit y García Peris, 2013) (Jaume Bauzá y Gutierrez Fonseca, 2022).

No se debe perder de vista las dificultades del paciente al momento de seleccionar la evaluación, teniendo en cuenta aquello que se desea investigar respecto a la problemática del paciente y teniendo en claro la metodología más conveniente a implementar. Se recomienda utilizar aquellas evaluaciones que estén validadas científicamente. Algunas de estas pruebas pueden ser realizadas por el fonoaudiólogo; además son objetivas y más complejas ya que emplean aparatología, por lo tanto, son también más costosas.

En relación a lo mencionado anteriormente, se cree conveniente realizar las pruebas complementarias, ya que si bien las pruebas de bedside screening brindan una información muy útil respecto a la detección de casos sospechosos, como se ha desarrollado a lo largo de este trabajo, los sujetos con E.P. presentarán disfagia en el transcurso de su enfermedad y ésta muchas veces se presenta sin manifestaciones clínicas. Lo más oportuno sería realizar evaluaciones subjetivas periódicas y también evaluaciones objetivas, aunque más espaciadas en el tiempo, para detectar de manera temprana y eficaz cualquier trastorno de la deglución. De todas formas, cada caso está sujeto a su contexto, en cual influyen factores sociales,

económicos, políticos, regionales, culturales, que podrían afectar una adecuada evaluación., por ejemplo, efectores de salud sin personal capacitado y/o sin instrumentos necesarios, residir lejos e imposibilidad de trasladarse hacia los servicios de salud, falta de cobertura de salud, entre otros.

Para Carneiro et al. (2012) la evaluación de la disfagia no solo debe ser clínica e instrumental, sino también, se debe medir el impacto que tiene esta patología en la calidad de vida del sujeto con E.P., ya que todo esto, en su conjunto, influencia en el abordaje terapéutico.

Los cuestionarios sobre la disfagia son herramientas valiosas para la evaluación de la enfermedad, estos engloban la valoración de la funcionalidad, identificando la gravedad de la sintomatología y la calidad de vida con la percepción de salud del paciente, mediante parámetros sociales, psicológicos, emocionales y también funcionales. Dentro de estos encontramos:

- El cuestionario EAT-10 es un cuestionario autoadministrado que permite cuantificar la gravedad clínica de la disfagia. (Jaume Bauzá y Gutierrez Fonseca, 2022)
- El Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QoL) es uno de los cuestionarios más específicos para la evaluación de la calidad de vida en relación a la disfagia. Es autoadministrado. (Jaume Bauzá y Gutierrez Fonseca, 2022)
- El cuestionario Dysphagia Handicap Index (DHI) valora la deglución en la vida diaria. (Jaume Bauzá y Gutierrez Fonseca, 2022)
- La Escala de Penetración y Aspiración (PAS) permite definir el comportamiento de cualquier material en relación a la vía aérea, definiendo la severidad en relación a la ubicación del material en la laringe y la posibilidad de expulsarlo. (Clavé Civit y García Peris, 2013) (Gutiérrez-Achury et al., 2015).
- La escala Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) es un método clínico sensible para identificar a pacientes con disfagia con riesgo de complicaciones respiratorias y nutricionales. (Clavé et al. 2008)

Al integrar los resultados brindados por estos cuestionarios se obtiene información realmente valiosa sobre la calidad de vida y la percepción del paciente acerca del acto de la alimentación. Estos datos serán utilizados por el profesional para comprender mejor los

efectos sobre las esferas social y psicológica del sujeto, lo cual será utilizado para personalizar el abordaje terapéutico.

Se han propuesto diferentes escalas clínicas y cuestionarios para el cribado de la disfagia en enfermedades neurodegenerativas específicamente, sin embargo, Cosentino et al. (2021) sostienen que actualmente no se encuentran protocolos globalmente estandarizados y validados. En este sentido Ponsoni et al. (2024) han resaltado la necesidad de establecer nuevos cuestionarios para ayudar a identificar a la disfagia en pacientes con EP, debido a que pocos instrumentos de evaluación han sido sometidos a la traducción y validación transcultural. Tener un protocolo estandarizado permitiría una detección más fácil de la problemática y el poder comparar los resultados entre distintos casos, también permitiría re-evaluaciones más certeras. De este modo, cada centro de salud, institución y/o profesional se rige por sus propios parámetros para seleccionar los métodos más pertinentes según su criterio.

El objetivo de la intervención oportuna se centra en poder darle al sujeto con E.P. la mejor calidad de vida posible, teniendo presente que las funciones alteradas no van a poder restaurarse, y que la misma enfermedad irá deteriorando de manera progresiva los sistemas comprometidos. Es por eso que se busca lograr que cada uno de los sujetos, de acuerdo a sus particularidades, contextos y comorbilidades, tenga una mejor calidad de vida junto al mínimo sufrimiento.

Clavé Civit y García Peris, (2013) plantean que la intervención oportuna y coordinada de un equipo interdisciplinar debe estar encaminada a mejorar la seguridad y la eficacia de la deglución, evitar complicaciones médicas graves (nutricionales y respiratorias) y favorecer una mayor calidad de vida para el paciente. Sin perder de vista la especificidad de la labor fonoaudiológica, se debe trabajar con otros profesionales elaborando objetivos de equipo para lograr una atención integral de manera interdisciplinar.

Dicho esto, se entiende más apropiado en el caso de la E.P. no utilizar el término “rehabilitación” y hablar únicamente de “tratamiento”, debido a que las funciones afectadas no se vuelven a habilitar. Teniendo en cuenta que es una patología neurodegenerativa, se trata de un mantenimiento de estas acompañando al sujeto durante el transcurso de la enfermedad. El tratamiento es un largo proceso en el cual el sujeto se irá deteriorando

paulatinamente, por lo que la tarea terapéutica se complejizará con el correr de la enfermedad y es por ello que se debe dar relevancia como objetivo de la intervención a mejorar la calidad de vida.

El autor Cano Villagrasa et al. (2020) expone que La Asociación Americana del Habla y la Audición (ASHA) recomienda que esta intervención sea realizada desde la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), integrando la experiencia del propio profesional y las preferencias del sujeto.

Según Toledo Plasencia y Valencia Díaz (2021-2022) mediante ejercicios orofaciales, modificación de alimentos y maniobras deglutorias se puede iniciar un tratamiento en etapas tempranas de la enfermedad, previniendo los problemas en la deglución, postergando su aparición, disminuyendo la gravedad de sus síntomas, y evitando así complicaciones para mantener la calidad de vida de las personas con E.P. Estas estrategias son beneficiosas. ya que posibilitan una alimentación por vía oral, incluso en aquellos con una posibilidad reducida de movimiento. Darle a la persona la posibilidad de continuar alimentándose por boca otorga una sensación de bienestar psicológico y social, además, del impacto positivo sobre los aspectos físicos, la sensación de los sabores, masticación y la participación en el acto social de la alimentación mejora la calidad de vida.

Por otra parte, Jaume Bauzá y Gutierrez Fonseca (2022) proponen diferentes técnicas de rehabilitación de la deglución, las cuales se pueden clasificar en tres modalidades: técnicas restitutivas, técnicas compensatorias y técnicas adaptativas. La clasificación propuesta por los autores es de gran utilidad ya que permite seleccionar, según las particularidades de cada paciente, la modalidad más adecuada para acompañar el deterioro progresivo propio de la enfermedad, colaborando con una mejor alimentación y favoreciendo de esta manera su CV.

Las técnicas adaptativas son las que mejores resultados logran en el tratamiento de la disfagia en E.P, debido al compromiso muscular. Los alimentos sólidos pueden adaptarse licuándolos, picándolos, moliéndolos o triturándolos y los líquidos son adaptados mediante espesantes; en consonancia, la adaptación del entorno y los utensilios empleados en el proceso de alimentación forma una de las primeras y más efectivas intervenciones. La adaptación más frecuente que se emplea en esta enfermedad es el espesamiento de los líquidos, ya que al estar el proceso deglutorio enlentecido y descoordinado, el mecanismo

de protección puede no alcanzar a impedir el paso de líquido a la vía aérea por lo que se debe detener el rápido paso de éste por dicha vía, afianzando la seguridad. La viscosidad requerida debe ajustarse lo más objetivamente posible de acuerdo a los resultados de la evaluación. La Iniciativa Internacional de Estandarización de la Alimentación para la Disfagia (IDDSI) busca homologar las medidas para la adaptación de viscosidades y texturas de manera global. Se vuelve relevante poseer los mismos estándares que otros profesionales para facilitar la comprensión de los resultados de las evaluaciones, la comparación de estudios y la posibilidad de adaptación de los alimentos y líquidos. (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2019).

El uso de espesantes requiere especial atención, ya que pueden alterar el sabor, el olor y la textura del alimento. Estos cambios pueden reducir su atractivo y provocar rechazo por parte del paciente, comprometiendo así la adherencia al tratamiento y el adecuado mantenimiento del estado nutricional.

Diversos estudios (Krekeler et al., 2020; Peñalva-Arigitá et al., 2022) señalan que la adherencia al tratamiento con espesantes es baja, situándose en torno al 50%. Entre los factores que afectan esta adherencia se destacan la textura desagradable, el sabor almidonado y la escasa percepción del problema por parte de los pacientes.

La adaptación del entorno a su vez implica una modificación de las rutinas y de la vida cotidiana del sujeto, por lo que requiere cuidar que la carga perceptiva no interfiera con el proceso atencional del paciente, logrando que se focalice en el proceso de la alimentación. Se recomienda evitar comer en grupos concurridos, con televisión o radio encendidas. La alimentación debe tener una duración limitada ya que se ha demostrado que ello incrementa el riesgo de defectos en la seguridad. También es importante utilizar utensilios adecuados a las características del paciente. (Jaume Bauzá y Gutierrez Fonseca, 2022).

No obstante, estas recomendaciones suelen centrarse en la alimentación como un acto puramente biológico, sin contemplar que la restricción del componente social puede afectar profundamente el estado psicológico del sujeto. Si bien es necesario cuidar los hábitos y modificar el entorno, no se puede ignorar el impacto emocional que conlleva la cronometración de sus comidas y el aislamiento para las personas. Estas modificaciones

pueden afectar la calidad de vida al influir negativamente en el bienestar psicológico y social de la persona

En esta misma línea, Nothstein (2017), sostiene que la capacidad de comer por sí solos disminuye debido a los problemas relacionados a la motricidad fina y a la destreza manual, los cuales repercuten en la adecuada manipulación de los cubiertos o mover los brazos para llevar el alimento a la boca, por lo tanto, como medida terapéutica se realizan adaptaciones del entorno. Esto puede ocasionar una falta de adherencia, lo cual es un factor decisivo para el manejo exitoso de la disfagia.

A pesar de los buenos resultados que se obtienen, se debe mencionar que estas estrategias modifican completamente la dieta y la vida misma del sujeto, que puede tener efectos positivos y negativos, según cada caso particular.

En definitiva, las adaptaciones necesarias frente a la disfagia impactan profundamente en las rutinas diarias, transformando lo que solía ser un momento placentero en una experiencia cargada de malestar y ansiedad. Brindar información clara sobre el tratamiento y sus implicancias en la salud, así como escuchar y valorar la voz del paciente, puede favorecer una mejor adherencia. En este sentido, una selección más personalizada de texturas, consistencias y tipos de alimentos, basada en las preferencias individuales, ayuda a que las indicaciones no se perciban como imposiciones del profesional, sino como parte de un proceso compartido, promoviendo una mayor aceptación del tratamiento.

Un paciente informado respecto a su estado de salud es un sujeto con menos miedos y ansiedades. Esto beneficia tanto al paciente como al profesional, ya que facilita la continuidad de lo trabajado en las sesiones dentro del entorno familiar, lo cual contribuye a obtener mejores resultados. Una intervención eficaz por parte del equipo profesional se traduce en una mejora en la percepción de la calidad de vida por parte de la persona con E.P., y esto es considerado uno de los objetivos centrales del tratamiento.

Aunque se busque mejorar la calidad de vida a través del control sintomático, es indispensable un enfoque más integral. La intervención debe trascender la dimensión clínica, incluyendo también aspectos subjetivos y contextuales. La orientación y acompañamiento del sujeto y sus cuidadores se logra mediante una escucha activa y estrategias terapéuticas específicas, para comprender cómo vive sus dificultades alimentarias y qué percepción tiene

sobre su salud, con el fin de apaciguar los sentimientos negativos encontrados que condicionan su actuación en la vida diaria.

No obstante, las decisiones que tome el fonoaudiólogo pueden ser rechazadas tanto por el paciente como por sus cuidadores, lo que plantea un conflicto ético. Si bien es esencial respetar las creencias, valores y costumbres de cada persona, el profesional también tiene la responsabilidad de velar por su bienestar y prevenir complicaciones que puedan poner en riesgo su vida. Por ello, el fonoaudiólogo también asume un rol activo en la gestión de conflictos entre los sujetos con E.P., sus cuidadores y el equipo de salud.

La detección precoz permite la implementación de intervenciones terapéuticas dirigidas a mitigar los efectos de la enfermedad antes de que se manifiesten síntomas que comprometan severamente el bienestar físico, psicológico y social de la persona. No obstante, la intervención oportuna puede y debe ser considerada en cualquier fase del curso evolutivo de la E.P. promoviendo la mejor CV posible. Es imprescindible que dicha intervención sea individualizada y contextualizada, brindando al paciente y a su entorno familiar herramientas terapéuticas adecuadas que promuevan una vida digna, autónoma y con el mayor bienestar posible, aun en contextos de cronicidad y progresión de la enfermedad.

### **La importancia de las mediciones de la calidad de vida en la planificación terapéutica**

Para monitorear la eficacia del tratamiento una herramienta útil son los cuestionarios de evaluación de la CV, ya que aportan información acerca de la capacidad funcional y el bienestar de los pacientes desde su experiencia subjetiva, siendo un importante indicador del éxito de un tratamiento.

La terapéutica debe modificarse y ajustarse sobre la marcha de ser necesario, teniendo en consideración la retroalimentación que brinda el sujeto en relación a su experiencia, sensaciones y necesidades cambiantes, promoviendo un plan terapéutico que impacte de manera positiva sobre el bienestar social, emocional y físico del sujeto, es decir, su CV. Este conforma el fin del abordaje para el paciente disfágico con E.P.

Dentro de esta línea, Plowman-Prine et. al, (2009) considera fundamental para el manejo de la disfagia en E.P. las mediciones de la calidad de vida desde la perspectiva del sujeto, debido a que esta puede diferir significativamente con la de los profesionales de la salud, poniendo de relieve la necesidad de una evaluación verdaderamente integral donde el sujeto pueda participar activamente y sea considerado.

Existen diferentes cuestionarios para evaluar la disfagia en relación con la CV, sin embargo, el presente trabajo se centra en el Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QoL) ya que es uno de los más utilizados, completo y específico para la valoración de la disfagia, convirtiéndolo en una valiosa herramienta que permite apreciar el punto de vista del paciente en cuanto a sus dificultades. Este test es auto-administrado, está traducido y validado en español. Consta de 11 secciones y 44 ítems. Las secciones son: carga de la enfermedad, frecuencia de síntoma, selección de alimentos, deseo de comer (apetito), duración de la alimentación, miedos, comunicación, salud mental (depresión), sueño/descanso, fatiga, y afectación social.

Peñalva-Arigitá et al. (2022) llevaron a cabo un estudio utilizando el SWAL-QoL, aplicado a sujetos con y sin disfagia. Al finalizar, confirmaron que los sujetos con disfagia presentan alteraciones en la CV, haciendo hincapié en la relación entre los alimentos seleccionados y dicha calidad. En la mayoría de los casos, se implementan restricciones alimentarias con escasa variedad, lo que repercute negativamente en la experiencia alimentaria. Habitualmente, la peor CV se asocia a dietas con textura tipo puré, e incluso se ha observado que los pacientes tienden a rechazar con mayor frecuencia los alimentos modificados en textura que aquellos de una dieta basal. Además, se reporta que los alimentos triturados no aportan tantos nutrientes como los alimentos sin adaptación de textura.

En conjunto, los resultados del estudio evidencian que una peor calidad de vida está directamente asociada a la alteración de la deglución. Asimismo, se destaca que la adaptación de los alimentos no solo implica una baja adherencia a la dieta, sino que también conlleva consecuencias clínicas relevantes, como la aparición de desnutrición, deshidratación y un mayor riesgo de aspiraciones o penetraciones.

Leow et al. (2010) también utilizó el SWAL-QoL para evaluar el impacto de la disfagia sobre la CV en pacientes con E.P. En este estudio, se compararon los resultados

entre adultos mayores con disfagia, tanto con E.P. como sin ella. Los hallazgos indicaron que los sujetos con E.P. presentaban una mayor disminución de la CV relacionada con la disfagia en comparación con aquellos sin la enfermedad.

Estos pacientes manifestaron grandes dificultades para encontrar alimentos que pudieran deglutir con seguridad. No obstante, la diferencia más significativa se observó en la sobrecarga emocional y funcional que conlleva la dificultad para alimentarse, lo cual puede afectar negativamente la salud mental. Además, los resultados revelaron que el tiempo dedicado a la ingesta era considerablemente mayor (posiblemente debido a la bradicinesia característica de la E.P.) lo que podría contribuir a una disminución del apetito. Por otro lado, el aspecto poco atractivo de los alimentos modificados en su textura también se identificó como un factor que reduce el deseo de comer.

Además, los autores destacan que no todos los ítems del SWAL-QoL guardan relación con la severidad de la enfermedad; sin embargo, factores como el apetito, la selección de alimentos y la duración de la alimentación se ven particularmente comprometidos en pacientes con E.P. avanzada. Esta situación puede llevar a consecuencias significativas, como la institucionalización o la necesidad de recurrir a una vía de alimentación alternativa, con el consiguiente impacto negativo en la CV. Estos hallazgos resultan fundamentales para orientar intervenciones terapéuticas más específicas y adaptadas a las necesidades de este grupo de pacientes.

Comparando los resultados obtenidos por Leow et al. (2010) y Peñalva-Arigita et al. (2022) se confirma que la CV se ve notablemente comprometida en presencia de disfagia, y más aún cuando esta se manifiesta en sujetos con E.P.

En una línea similar, Plowman-Prine et al. (2009) llevaron a cabo un estudio utilizando el mismo cuestionario SWAL-QoL, focalizado exclusivamente en sujetos con E.P., con el objetivo de evaluar el impacto de la disfagia sobre su calidad de vida. A diferencia de lo reportado por Leow et al., estos autores observaron que, a pesar de las dificultades para deglutir, los pacientes mantenían el deseo de comer. Sin embargo, la frustración surgía al enfrentarse a las modificaciones en la textura de los alimentos o al tener que recurrir a vías de alimentación distintas a la oral, lo cual afectaba profundamente su bienestar emocional.

El estudio de Plowman-Prine et al. (2009) se destaca por ser uno de los pocos en centrarse exclusivamente en el impacto de la disfagia sobre la calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson. Aunque sus hallazgos difieren parcialmente de los de Leow et al. (2010) —al observar que los sujetos con E.P. conservan el apetito—, ambos estudios coinciden en que la combinación de disfagia y enfermedad de Parkinson representa un factor de riesgo significativo para el deterioro de la calidad de vida.

Además de las modificaciones en las texturas de los alimentos, otra intervención frecuente en el manejo de la disfagia (especialmente en casos severos o progresivos como en la E.P.) es la implementación de vías de alimentación alternativas a la oral, las cuales también conllevan implicancias importantes en la CV del sujeto. Se entiende que la implementación de vías de alimentación alternativas a la oral son necesarias para una alimentación segura y eficaz, no obstante la alimentación enteral genera un gran cambio en los hábitos, cuidados y forma de alimentación, repercutiendo directamente en su calidad de vida. El uso sostenido de la sonda puede causar alteraciones en la piel y mucosas, colonización bacteriana y microaspiraciones de gérmenes provocando complicaciones mayores, las cuales pueden comprometer la vida del sujeto. Si bien, no se puede evitar tomar estas disposiciones ya que se realizan en pos de conservar su integridad, se pueden tomar medidas preventivas para que no exista un impacto negativo sobre la calidad de vida. Al respecto, Domingo (2004) refiere que la gastrostomía endoscópica percutánea se presenta como una opción preferente frente a la sonda nasogástrica, ya que favorece una mejor recuperación del peso y la masa corporal, reduce la mortalidad y ofrece mayor comodidad y aceptación para el paciente. Esta técnica, ampliamente utilizada por su eficacia, seguridad, bajo costo y mantenimiento sencillo, se indica principalmente en personas con función digestiva conservada, pero que no pueden alimentarse por vía oral, especialmente cuando se prevé que esta condición se prolongue en el tiempo como en el caso de enfermedades neurodegenerativas. No obstante, debe tenerse en cuenta que, al dejar de utilizarse las estructuras estomatognáticas con la frecuencia habitual durante la alimentación, es probable que estas presenten alteraciones funcionales..

Investigar la calidad de vida del paciente con E.P. es crucial para entender el curso de la enfermedad y buscar herramientas que promuevan el mayor bienestar del sujeto, mejorando así la planificación de las intervenciones terapéuticas. Si bien existen diferentes

cuestionarios que evalúan la calidad de vida, aún falta la creación de cuestionarios específicos sobre disfagia en la enfermedad de Parkinson, especialmente desarrollados en nuestro país. La alimentación no debe entenderse únicamente como un proceso orgánico, sino como un fenómeno socialmente construido, atravesado por dimensiones culturales y relacionales. En este sentido, los alimentos, los platos típicos y los utensilios asociados a su preparación y consumo adquieren significados que exceden su función nutricional, configurándose como expresiones culturales propias de cada sociedad. No contar con instrumentos específicos para la evaluación de la CV implica que se pierda información sobre la vivencia del paciente en relación a la enfermedad. Los profesionales de la salud encargados del tratamiento deben incorporar estrategias que maximicen el funcionamiento social y minimicen la carga del paciente y su cuidador. Su desempeño se debe enfocar en mejorar la calidad de vida reduciendo el impacto de la enfermedad.

Los estudios revisados destacan la importancia de evaluar la calidad de vida desde la perspectiva del propio paciente en el manejo de la disfagia, especialmente en el contexto de la E.P. El cuestionario SWAL-QoL se presenta como una herramienta valiosa y específica para captar cómo la disfagia impacta diversos aspectos del bienestar, más allá de lo clínico, abarcando dimensiones emocionales, sociales y funcionales.

Tanto Peñalva-Arigitá et al. (2022) como Leow et al. (2010) evidencian que la disfagia tiene un impacto negativo significativo en la CV, que se acentúa en personas con E.P. debido a factores como la necesidad de adaptar la dieta, la sobrecarga emocional, la prolongación del tiempo de ingesta y la baja aceptación de los alimentos modificados. Estas alteraciones no solo disminuyen el placer de comer, sino que también pueden derivar en complicaciones clínicas relevantes como la desnutrición, deshidratación y mayor riesgo de institucionalización.

Por su parte, Plowman-Prine et al. (2009) aportan una visión complementaria al señalar que, a pesar de las dificultades, muchos pacientes con E.P. mantienen el deseo de comer, aunque experimentan frustración frente a las restricciones alimentarias o las vías alternativas de nutrición. Esto refuerza la necesidad de contemplar los aspectos subjetivos y emocionales en el diseño de intervenciones terapéuticas.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de una evaluación integral de la disfagia que considere no sólo los aspectos clínicos, sino también el impacto psicosocial y emocional, en pos de mejorar la calidad de vida de las personas con E.P.

### **Conclusión**

A lo largo del desarrollo del presente trabajo se concluyó que el impacto de la disfagia en la calidad de vida (CV) de las personas con Enfermedad de Parkinson (EP) trasciende la sintomatología motora clásica, siendo las manifestaciones no motoras, en muchos casos, igual o incluso más incapacitantes para el sujeto. En particular, algunas

manifestaciones no motoras (como la disfagia) pueden presentarse en fases prodrómicas de la enfermedad, funcionando como predictores clínicos en etapas tempranas del diagnóstico. Considerando su potencial gravedad, que puede incluso comprometer la vida del paciente, se resalta la relevancia del rol del fonoaudiólogo, especialmente a través de una evaluación y abordaje oportunos, con el objetivo de preservar una buena calidad de vida.

La disfagia afecta integralmente al paciente, limitando su participación social y cultural, comprometiendo su estado nutricional y deteriorando su bienestar físico y emocional. Y, si bien, como se ha mencionado, puede presentarse en estadíos iniciales de la E.P, el sujeto no suele manifestar molestias en relación al acto de la alimentación hasta que estas consecuencias se agravan asociadas a la progresión de la enfermedad; lo que puede derivar en complicaciones secundarias tales como desnutrición, deshidratación o neumonía por aspiración. Esta situación puede explicarse, en parte, por el desconocimiento acerca de la presencia de disfagia en el contexto de la E.P. En consecuencia, cuando comienzan a manifestarse los signos y síntomas relacionados con la alteración de la deglución, el sujeto puede no reconocerlos como tales y, por lo tanto, no informar de ellos a su neurólogo. En las etapas iniciales de la enfermedad, los síntomas motores suelen percibirse como más incapacitantes que los no motores. Dado que la disfagia no siempre se presenta de manera evidente desde el comienzo, tiende a ser ignorada hasta que adquiere un grado de severidad tal que compromete significativamente la calidad de vida, en algunos casos incluso más que las manifestaciones motoras.

El objetivo del abordaje fonoaudiológico se centra en poder darle al sujeto la mejor calidad de vida posible, teniendo presente que las funciones alteradas no siempre van a poder restaurarse, y que la misma enfermedad irá deteriorando de manera progresiva los sistemas comprometidos. Por ello, se busca que cada paciente, considerando sus particularidades, contexto y comorbilidades, alcance la mejor calidad de vida posible con el menor sufrimiento. Sin perder de vista la especificidad del rol fonoaudiológico, es fundamental articular el trabajo con otros profesionales de la salud, mediante la formulación de objetivos comunes que promuevan una atención integral, en un marco de abordaje interdisciplinario. Una intervención adecuada, planificada y coordinada por parte del equipo permitirá prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad y contribuirá a mejorar la calidad de vida del sujeto.

La detección temprana de alteraciones en la deglución es una de las funciones centrales del fonoaudiólogo, ya que permite implementar estrategias terapéuticas oportunas que reducen el impacto de la disfagia sobre la morbilidad, la mortalidad y el bienestar físico, social y emocional del paciente. Como se ha expuesto, el punto de vista del sujeto con E.P. y del profesional puede diferir en cuanto a la presencia e impacto de la disfagia sobre su CV, por lo que no se puede aseverar en qué momento comienza a comprometerla. Sin embargo, si no se le da la relevancia que merece y se comienzan a destinar recursos terapéuticos para intervenir, esta se puede ver comprometida en mayor medida que si se aborda de manera precoz. Una intervención iniciada en fases tempranas posibilita mejores resultados que una tardía, cuando los síntomas ya limitan severamente la vida cotidiana.

Además de la evaluación y el tratamiento, el fonoaudiólogo debe proporcionar herramientas prácticas tanto al paciente como a su entorno familiar, incluyendo estrategias para el manejo de la disfagia y recomendaciones adaptadas al avance de la enfermedad. Del mismo modo, su rol incluye la construcción de redes de apoyo y espacios de contención que favorezcan el acompañamiento integral del paciente y su entorno. El objetivo principal del tratamiento es sostener una CV óptima, por lo que se necesita de una intervención eficaz por parte del equipo interdisciplinario.

En este marco, la incorporación de mediciones de calidad de vida en el abordaje de la disfagia es indispensable. Estas herramientas aportan información clave que permiten ajustar la intervención terapéutica en función del impacto real que la disfagia tiene sobre la vida del paciente, más allá de lo observable clínicamente. Además, se debe considerar que toda estrategia terapéutica posee un impacto sobre la CV, el cual no siempre es positivo. La modificación de consistencias de los alimentos, como la implementación de vías alternativas de alimentación, provocan una gran frustración en el sujeto.

Evaluar la calidad de vida desde la experiencia del sujeto permite reconocer limitaciones, frustraciones y necesidades que, de no contemplarse, comprometen seriamente la adherencia al tratamiento y el éxito del abordaje. Para lograrlo, es fundamental escuchar activamente al paciente y adaptar las estrategias de intervención según su evolución y contexto. Solo así será posible garantizar un tratamiento que no solo prolongue la vida, sino que también le de autonomía y bienestar.

El/la profesional fonoaudiólogo/a posee la responsabilidad de la detección temprana e intervención oportuna de la disfagia en E.P., articulando con un equipo interdisciplinario, con el objetivo de acompañar al paciente y su entorno a lo largo del proceso evolutivo, procurando siempre la mejor calidad de vida posible.

### **Referencias**

Arango Hoyos, G. P., Bolaños Roldán, A. M., y Fernández Hurtado, B. E. (2012). *Calidad de vida y discapacidad en personas con enfermedad de Parkinson de la ciudad de Cali 2011*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Manizales].  
<https://core.ac.uk/download/344935814.pdf>

- Baert, F., Vlaemynck, G., Beeckman, A. S., Van Weyenberg, S. y Matthys Butler, C. (2021). Dysphagia management in Parkinson's disease: Comparison of the effect of thickening agents on taste, aroma, and texture. *J Food Sci.* 86(3), 1039-1047. 10.1111/1750-3841.15595.
- Butler, S. G., Pelletier, C. A y Steele, C. M. (2013). Compensatory Strategies and Techniques en R. Shaker, C. (Ed.), Easterling, P. C. (Ed.), Belafsky (Ed.) y G. N. Postma (Ed.), *Manual of Diagnostic and Therapeutic Techniques for Disorders of Deglutition* (305-309). Springer.
- Bruno, V. y Terroba Chambi C. (2017). Los Cuidadores y la Sobrecarga en Merello, M. (Ed.), *Parkinson: guía para pacientes, familiares y cuidadores* (pp. 147-156). Sociedad Iberoamericana de Información Científica (siic).
- 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.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-236X2012000300004&lng=en&tlng=](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2012000300004&lng=en&tlng=).
- Cámpora, H. y Falduti, A. (2017). La Masticación y la Deglución en Merello, M. (Ed.), *Parkinson: guía para pacientes, familiares y cuidadores* (pp. 79-91). Sociedad Iberoamericana de Información Científica (siic).
- Cano Villagrasa, A., Suárez Torres, M., Valles González, M. (2020). Diagnósticos fonaudiológicos y síntomas no motores en pacientes con Enfermedad de Parkinson. *Areté*, 20 (2), 63-71. <https://arete.ibero.edu.co/article/view/art.20207>
- Carneiro, D., Rodrigues Belo, L., Wanderley de Sales Coriolano, M. G., C. Asano, A. G. y Gomes Lins, O. (2012) Quality of Life in dysphagia in Parkinson's disease: a systematic review. *Revista CEFAC.*
- Chiavaro, N. (2011). Funciones y disfunciones estomatognáticas. Librería Akadia Editorial.

- Clavé Civit, P. y García Peris, P. (2013). Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. *Editorial Glosa*, S.L.
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 27(6), 806–815. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011>
- Cosentino G., Avenali M., Schindler A., Pizzorni N., Montomoli C., Abbruzzese G., Antonini A., Barbiera F., Benazzo M., Benarroch E.E., Bertino G., Cereda E., P., Cortelli P., Eleopra R., Ferrari C., Hamdy S., Huckabee ML., Lopiano L., ... Alfonsi E. (2021) A multinational consensus on dysphagia in Parkinson's disease: screening, diagnosis and prognostic value. *Journal of Neurology*, 269(3), 1335-1352. 10.1007/s00415-021-10739-8
- Costa, M. (2013). *Degluticao & Disfagia - Bases Morfofuncionais e Videofluoroscopicas*. MedBook.
- Domingo, J. J. S. (2004). Gastrostomía endoscópica percutánea. Técnica e indicaciones. *Endocrinología y Nutrición*, 51 (4), 158-162. [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(04\)74601-X](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(04)74601-X)
- Fustinoni, J. C., (2001). Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. *Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires*, 2(2). [https://smiba.org.ar/revista/vol\\_02/02\\_03.htm](https://smiba.org.ar/revista/vol_02/02_03.htm)
- González Moreira, D. J., Maris Granatto, S., y Vázquez Fernández, P. (2021). El fonoaudiólogo en los trastornos de alimentación.: Más allá de la deglución. *Revista Areté*, 21 (1), 95-103 [arete.ibero.edu.co/article/view/2109](http://arete.ibero.edu.co/article/view/2109)

- Gutiérrez-Achury, A. M., Ryaes Suárez, K., Giraldo Cadavid, L. F. y Rengifo Varona, M. L. (2015). Escalas de Calidad de Vida y Valoración de los Síntomas en Disfagia. *Revista Med*, 23(1), 50-55. <https://doi.org/10.18359/rmed.1329>
- Hartmann, A., Agid, Y. y Schapira, A. (2009). *Parkinsonian Disorders in Clinical Practice*. Willey- Blackwell.
- Hurtado González, C. A. (2014). *Alteraciones Emocionales en la Enfermedad de Parkinson Idiopático sin Demencia*. [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca]. [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/125881/DPBPMCC\\_HurtadoGonz%20c3%a1lezCA\\_Alteracioneseemocionales.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/125881/DPBPMCC_HurtadoGonz%20c3%a1lezCA_Alteracioneseemocionales.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (2019). *IDDSI Framework and Detailed Level Definitions*. IDDSI. <https://www.iddsi.org/resources/framework-documents>
- Jaume Bauzá, G. y Gutierrez Fonseca, R.(2022). *Disfagia Orofaríngea*. Caligrama.
- Jofré Atala, C., Luchsinger Escalona, B., Vásquez Cáceres, T., y Yalul Ñancuan, C. (2015). *Calidad de vida de pacientes con disfagia como consecuencia de trastornos del movimiento de origen neurológico*.
- Karimi, M. y Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics*, 34(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Legacy J., Herndon, N. E., Wheeler-Hegland, K., Okun, M.S. y Patel, B. (2020). A comprehensive review of the diagnosis and treatment of Parkinson's disease dysphagia and aspiration. 10.1080/17474124.2020.1769475
- Leow, L. P., Huckabee, M. L., Anderson, T. y Beckert, L. (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*, 25, 216–220.  
<https://doi.org/10.1007/s00455-009-9245-9>
- López-Liria, R., Parra-Egeda, J., Vega-Ramírez, F. A., Aguilar-Parra, J. M., Trigueros-Ramos, R., Morales-Gázquez, M. J., & Rocamora-Pérez, P. (2020). Treatment of Dysphagia in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4104  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17114104>.
- Magalhães Navarro-Peternella, F. y Silva Marcon, S. (2012). Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2).  
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200023>
- Marín M.D.S, Carmona V.H., Ibarra Q.M., y Gámez C.M. (2018). Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 50(1), 79-92. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n1-2018008>
- McCullough, G. H. y Martino, R. (2013). Clinical Evaluation of Patients with Dysphagia: Importance of History Taking and Physical Exam en R. Shaker, C. (Ed.), Easterling, P. C. (Ed.), Belafsky (Ed.) y G. N. Postma (Ed.), *Manual of Diagnostic and Therapeutic Techniques for Disorders of Deglutition* (11-26). Springer.
- Movement Disorders Society (29 de noviembre de 2023). World Movement Disorders Day Boost Awareness on November 29. World Movement Disorders Day.  
<https://www.movedisorder.org/>
- Nothstein, M. C. (2017). Movimientos Finos y Destrezas Manuales en Merello, M. (Ed.), *Parkinson: guía para pacientes, familiares y cuidadores* (pp. 63). Sociedad Iberoamericana de Información Científica (siic).

- Orsini, M., Paglione Pedrozo, I., Guimarães Rosa, A. L., da Silva Catharino, A. M. y Mafra Moreno, A. (2022). Sialorrhea in patients with Parkinson 's disease: A case report. *International Journal of Case Reports and Images*, 13(2),1–4. 10.5348/101316Z01MO2022CR
- Parra, N., Fernández, J., y Martínez, Ó. (2014). Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9 (1-2), 30-35.<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179333051008>
- Peñalva Arigita, A. (2022). Estudio de Adherencia y Persistencia al Tratamiento con Espesante Comercial Alimentario en Pacientes con Disfagia a Líquidos del Ámbito del Baix Llobregat [Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona]. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/191515>
- Plowman-Prine, E. K., Sapienza, C. M., Okun M. S., Pollock, S. L., Jacobson, C., Wu, S. S. y Rosenbek, J. C. (2009). The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 24(9), 1352–1358. <https://doi.org/10.1002/mds.22617>
- Ponsoni, A., Pereira Costa, F., Nagy Soares, V., Silva Santos, C. G. y Figueiredo Mourão, L. (2024). Sensitivity and specificity of the EAT-10 and SDQ-DP in identifying the risk of dysphagia in Parkinson’s disease. *Arq. Neuropsiquiatr.*, ;82(2). 10.1055/s-0044-1779055
- Roos, D. S., Oranje, O. J. M., Freriksen, A. F. D., Berendse, H. W. y Boesveldt, S. (2017). Flavor perception and the risk of malnutrition in patients with Parkinson’s disease. *J Neural Transm.* 125 (6), 925-930. 10.1007/s00702-018-1862-8
- Sanz Cartagena M. P. (2017). Diagnóstico, respuesta al tratamiento e implicaciones fisiopatológicas de la disfagia orofaríngea en la Enfermedad de Parkinson y su

- correlación con las alteraciones de la voz y la escritura. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona].
- Sapir, S., Ramig, L., & Fox, C. (2008). Speech and swallowing disorders in Parkinson disease. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 16(3), 205–210. <https://doi.org/10.1097/MOO.0b013e3282febd3a>
- Schiffer, B. L. y Kendall, K. (2019). Changes in Timing of Swallow Events in Parkinson's Disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 128(1), 22-27. 10.1177/0003489418806918
- Srivanitchapoom, P., Pandey, S. y Hallett, M. (2014). Drooling in Parkinson's disease: a review. *Parkinsonism Related Disorders*, 20(11), 1109-1118. 10.1016/j.parkreldis.2014.08.013
- Sundstedt, S. (2017). Swallowing function in patients with Parkinson's disease and Deep Brain Stimulation. *The Dean of the Medical Faculty*. <http://umu.diva-portal.org/stina.sundstedt@gmail.com>
- Toledo Plasencia y Valencia Díaz, (2021-2022). La Intervención en la Disfagia en Enfermedad de Parkinson [Tesis de grado, Facultad de Psicología y Logopedia, Universidad de la Laguna].
- Umemoto, G., & Furuya, H. (2020). Management of Dysphagia in Patients with Parkinson's Disease and Related Disorders. *Internal medicine* (Tokyo, Japan), 59(1), 7–14. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.2373-18>
- Velasco, M. M., Arreola, V., Pere Clavé, C. y Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*, 1(3), 174-202.
- Winiker, K y Kertscher, B. (2023). Behavioural interventions for swallowing in subjects with Parkinson's disease: A mixed methods systematic review. *Int J Lang Commun Disord*, 58(4), 1375-1404. 10.1111/1460-6984.12865

World Gastroenterology Organisation (WGO). (Septiembre de 2014). Disfagia Guías y  
Cascadas Mundiales. *World Gastroenterology Organisation*.

<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/dysphagia/dysphagia-english>