

**PERCEPCIÓN DE PATOLÓGOS DE HABLA Y LENGUAJE SOBRE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR TERAPEUTAS DE HABLA Y LENGUAJE
EN EL ÁREA DE DISFAGIA**

Sometida al Programa de Patología del Habla-Lenguaje

de la Universidad del Turabo

como requisito parcial

del grado de

Maestría en Ciencias en Patología del Habla-Lenguaje

de la Escuela de Ciencias de la Salud

por

WILMARIE DE JESÚS RODRÍGUEZ

Mayo, 2017

Directora de Tesis y Co-Investigadora: María A. Centeno, PhD,CCC-SLP,BCS-S

ABSTRACTO

El propósito de la investigación fue conocer la percepción de Patólogos de Habla y Lenguaje sobre prestación de servicios en el área de disfagia por Terapeutas de Habla y Lenguaje. Los participantes fueron seis Patólogas de Habla y Lenguaje, con licencia activa de Puerto Rico. La información para contactar las participantes se obtuvo mediante guías de servicios profesionales o “*snowball effect*”. Se realizó una entrevista semi estructurada que tuvo una duración de aproximadamente quince a treinta minutos. Cinco de las seis entrevistadas expresaron haber conocido de casos en que Terapeutas de Habla y Lenguaje hayan brindado servicios de disfagia en Puerto Rico. Ninguna de las Patólogas de Habla y Lenguaje entrevistadas se niega a la posibilidad de que en un futuro los Terapeutas de Habla y Lenguaje puedan brindar servicios en el área de disfagia, siempre y cuando estos profesionales estén preparados. La preparación incluye que tomen el curso de disfagia en su bachillerato, que trabajen con pacientes que presenten problemas de alimentación o tragado en su práctica clínica y que siempre trabajen bajo la supervisión directa de un Patólogo de Habla y Lenguaje. Se recomienda hacer una investigación con una muestra más amplia que incluya la opinión de los Terapeutas de Habla y Lenguaje sobre lo que puede ser en un futuro su inclusión en la prestación de servicios en el área de disfagia.

**PERCEPCIÓN DE PATOLÓGOS DE HABLA Y LENGUAJE SOBRE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR TERAPEUTAS DE HABLA Y LENGUAJE
EN EL ÁREA DE DISFAGIA**

Wilmarie De Jesús Rodríguez- Investigadora Principal

Aprobada: 23 de mayo de 2017

-firma electrónica-

María A. Centeno, Ph.D., MS-CCC-SLP

Mentora de Investigación

-firma electrónica-

María A. Centeno, Ph.D., MS-CCC-SLP

Directora del Programa de Patología del Habla-Lenguaje

-firma electrónica-

Nydia Bou, Ed.D, CCC-SLP

Decana de la Escuela de Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL TURABO

SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY PROGRAM

AUTHORIZATION TO PUBLISH MATERIAL IN THE VIRTUAL LIBRARY

I, Wilmarie De Jesús Rodríguez the owner of the copyrights of **PERCEPCIÓN DE PATOLÓGOS DE HABLA Y LENGUAJE SOBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR TERAPEUTAS DE HABLA Y LENGUAJE EN EL ÁREA DE DISFAGIA** yield, this document under the law at the University of Turabo to publish and disseminate in the Virtual Library.

This assignment is free and will last until the owner of the copyright notice in writing of its completion. I also take responsibility for the accuracy of the data and originality of the work.

Given the inherently trans-border nature of the medium (internet) used by the Virtual Library at the University of Turabo for its bibliographic digitized content, the transfer will be valid worldwide.

Wilmarie De Jesús Rodríguez

23 de mayo de 2017

Tabla de Contenido

Capítulo I: Introducción	Páginas
Introducción	7 – 11
Planteamiento del Problema	12
Pregunta de Investigación	13
Propósito de Investigación	13
Justificación	14
 Capítulo II: Revisión de Literatura	
Introducción	15-17
Definiciones y Roles	17-24
Investigaciones	24-31
 Capítulo III: Metodología	
Selección de participantes y criterios de inclusión	32
Criterios de exclusión y diseño de investigación	33
Escenario de la Investigación y Procedimiento	34
Análisis de datos	35
Confidencialidad y Beneficios de la Investigación	36
Posibles riesgos e importancia del estudio	37

Capítulo IV: Resultados	Páginas
Descripción de participantes e instrumentos	38
Datos	39
Resultados	40-46
Estadísticas	47-48
Capítulo V: Análisis de Datos	
Análisis de datos	49
Comparación con Literatura	50-55
Implicación de resultados	56
Aportación a la profesión	56-57
Próximos estudios	57
Anejo A- Hoja informativa	58-59
Anejo B- Guía de Preguntas	60-61
Referencias	62-66

Capítulo I

Introducción

La disfagia es la dificultad para tragar producida por la alteración anatómica o funcional de las diversas estructuras que intervienen en la deglución. Desde un punto de vista clínico la disfagia se clasifica en dos tipos: orofaríngea y esofágica. En ambos casos puede haber causas de naturaleza orgánica o funcional. La deglución se desarrolla en cuatro fases: etapa de preparación oral, etapa oral, etapa faríngea y etapa esofágica. La etapa de preparación oral, tiene una duración variable y es voluntaria. En esta etapa se prepara el bolo alimenticio, a través de la masticación y de su mezcla con saliva. La etapa oral dura aproximadamente un segundo y también es de control voluntario, aquí se produce una elevación de lengua y el bolo es propulsado hacia la parte posterior. Eventualmente ocurre la etapa faríngea, la misma es involuntaria y dura hasta un segundo. En esta etapa se producen una serie de modificaciones: elevación de velo paladar (cierre de rinofaringe), apertura del esfínter esofágico superior (EES), cierre de la glotis y ascenso laríngeo, propulsión lingual y contracción faríngea. Todas estas acciones deben estar perfectamente coordinadas para guiar el bolo alimenticio desde la boca hacia el esófago superior, atravesando la faringe y evitando su desvío hacia las fosas nasales o la vía aérea. Por último ocurre la etapa esofágica. La llegada del bolo al esófago inicia esta fase, que permite la transferencia del mismo al estómago gracias a la contracción peristáltica del esófago y la relajación coordinada del esfínter esofágico inferior la cual dura entre 6 y 8 segundos y también es involuntaria, (Nazar, Ortega, & Fuentealba, 2009). El objetivo principal de cualquier estrategia de tratamiento para un paciente disfágico es conseguir una alimentación oral con una deglución segura mientras se mantienen una hidratación y

nutriciones adecuadas, (H. Bascuñana Ambrós & S. Galvez Koslowski, 2003). La disfagia es un trastorno complejo, producido por diferentes patologías, pero sus complicaciones son comunes y graves aumentando la morbilidad y mortalidad de los pacientes que la padecen. Afecta especialmente a pacientes ancianos, debido a que durante el envejecimiento se incrementa la frecuencia de enfermedades que la causan. Las alteraciones de la deglución ocasionan dos tipos de complicaciones: las derivadas del insuficiente aporte de nutrientes y agua debido a una deglución ineficaz, y las derivadas del riesgo de que los alimentos y las secreciones digestivas y faríngeas alcancen las vías respiratorias y los pulmones. La disfagia como síntoma deteriora la calidad de vida, y sus complicaciones elevan el coste sanitario debido a la prolongación de la estancia hospitalaria y al aumento de recursos sanitarios empleados, (Camarero, E. 2014).

En Puerto Rico, el profesional encargado de brindar tratamientos en el área de disfagia, es el Patólogo de Habla y Lenguaje. Según la (Ley 77, 1983), el Patólogo del Habla-Lenguaje es la persona que previene, evalúa, diagnostica, orienta y participa en programas de habilitación o rehabilitación de personas con problemas de articulación, tragado, voz, fluidez, formulación o comprensión del lenguaje, tanto hablado como escrito, y además ejerce funciones de supervisión. Esta ley también establece que el Terapeuta del Habla-Lenguaje es el profesional que bajo la dirección y supervisión directa de un Patólogo del Habla-Lenguaje, realiza actividades delegadas por éste relacionadas con la Patología del Habla-Lenguaje. La Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA por sus siglas en Inglés) ha definido al Patólogo del Habla y Lenguaje como el profesional idóneo en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la deglución.

El Patólogo de Habla y Lenguaje supervisa al Terapeuta del Habla y Lenguaje en sus intervenciones de tratamiento. Respecto a lo que es la supervisión, *ASHA* (2004a) y la *CASLPAB* (*Canadian Association of Speech-Language Pathology and Audiologist*), definen distintos niveles de supervisión. *ASHA* define lo que es la supervisión directa como “observación en un sitio donde el supervisado es guiado mientras se realiza la actividad clínica”, y la supervisión indirecta como “demostración, revisión de records, y evaluación de audio o de sesiones video grabadas, televisión interactiva, y/o supervisión a modo de conferencia que puede ser conducida mediante teléfono” (2004a, p. 10). *CASLPAB* especifica sobre la supervisión directa o indirecta; que cualquiera de las dos añaden una categoría a lo que es la supervisión inmediata. *ASHA* y *CASLPAB* tienen definiciones equivalentes sobre la supervisión. La única diferencia es nominal, en lo que *ASHA* refiere como supervisión directa incluye las actividades descritas por la *CASLPAB* como supervisión inmediata y supervisión directa. *ASHA* especifica que en los 90 días iniciales de empleo del supervisado, este debe recibir al menos 30% de supervisión semanalmente, 20% de esta supervisión debe ser directa y 10% debe ser indirecta (2004a). Seguido del periodo de los 90 días iniciales, *ASHA* recomienda que los supervisados reciban al menos 20% de supervisión semanal, de la cual al menos en 10% debe ser directa. *ASHA* también especifica que en los 90 días iniciales de empleo del supervisado, este debe recibir al menos 30% de supervisión semanalmente, 20% de esta supervisión debe ser directa y 10% debe ser indirecta (2004a). Seguido del período de los 90 días iniciales, recomienda que los supervisados reciban al menos 20% de supervisión semanal, de la cual al menos en 10% debe ser directa.

Existen diversos principios éticos por los cuales se rige la profesión. Según el principio de Ética 1 de (ASHA, 2010); los profesionales del habla, lenguaje y audición han de cumplir con la responsabilidad de dar la máxima importancia al bienestar de las personas que reciban servicios profesionales. La regla de ética del principio 1, establece que se proporcionarán todos los servicios de manera competente, se usarán todos los recursos necesarios, incluido el envío a otro profesional o especialista cuando sea apropiado, para garantizar que se brinde un servicio excelente. Los titulares del Certificado de Competencia Clínica no delegarán las tareas que precisen las destrezas, los conocimientos y criterios especiales en su esfera de competencia profesional a ayudantes, técnicos, personal de apoyo ni a ninguna otra persona no profesional que estén a cargo de supervisar. Los titulares del Certificado de Competencia Clínica podrán delegar las tareas relacionadas con la prestación de servicios clínicos a ayudantes, técnicos, personal de apoyo o cualquier otra persona, siempre y cuando los servicios sean supervisados de manera apropiada, teniendo siempre en cuenta que el profesional certificado es responsable por el bienestar del cliente. Los titulares del Certificado de Competencia Clínica podrán delegar las tareas relacionadas con la prestación de servicios clínicos que precisen las destrezas, los conocimientos y el criterio especiales en su esfera de competencia profesional a estudiantes únicamente si los servicios son supervisados de manera apropiada. El profesional certificado es responsable por el bienestar del cliente”, (ASHA, 2010). El principio de ética II (ASHA, 2010), establece que los profesionales del habla, lenguaje y audición han de cumplir con la responsabilidad de obtener y mantener el más alto nivel de rendimiento y aptitud profesional. La regla de ética del principio II (ASHA,2010), propone que solo se desempeñarán los aspectos de las profesiones que estén incluidos en la esfera apropiada de competencia y práctica profesional, habida cuenta del nivel de educación, capacitación y experiencia.

Se obtendrá formación continuada para actualizar la competencia y el rendimiento profesional. No se exigirá ni permitirá que el personal profesional brinde servicios o efectúe investigaciones que excedan la competencia, el nivel de educación, la capacitación o la experiencia de tal personal. Según la regla de ética del principio IV (*ASHA*, 2010), los profesionales prohibirán a toda persona que se halle bajo su supervisión participar en el ejercicio de cualquier práctica que infrinja el Código de Ética. La Organización de Profesionales de Patología del Habla y Audición de Puerto Rico, *OPPHLA*, se rige por una serie de principios que son importantes a la hora de establecer las funciones de los profesionales del habla y lenguaje. Según el principio 1 del código de ética de (*OPPHLA*, 2005), los profesionales deben mantener un nivel de excelencia y aceptar la responsabilidad por las consecuencias de sus actos. Deben esforzarse por asegurarse que sus servicios sean utilizados apropiadamente y deben; abogar por el bienestar a nivel profesional de aquellas personas a quienes ofrecen sus servicio; hacer uso de todos los recursos existentes, inclusive otros especialistas, para ofrecer el mejor servicio; ofrecer a quien sirve, toda la información respecto a la naturaleza y posibles efectos del servicio. Proveer acceso adecuado a los expedientes de los clientes y hacer uso de procedimientos y técnicas adecuadas de acuerdo a las necesidades del cliente”. Según el Principio 2 del código de ética de (*OPPHLA*, 2005), los profesionales asumen la responsabilidad de mantener niveles de competencia profesional velando así por el bienestar de la sociedad y de la profesión. Deben mantener al día sus conocimientos profesionales en cuanto a los servicios que ofrecen y proveer solamente aquellos servicios y utilizan las técnicas para las cuales están debidamente capacitados por adiestramientos o experiencias.

El profesional no debe proveer ni supervisar servicios en áreas en las que no haya sido preparado adecuadamente. El profesional en las áreas de Patología del Habla y Lenguaje y Audiología, no debe ofrecer servicios a través de Terapeutas del Habla y Lenguaje en las áreas de habla, lenguaje o audición, si no le provee una supervisión apropiada y si no asume las responsabilidades que estipulan los reglamentos que regulan las organizaciones que rigen estas profesiones. En caso de ser provisto el servicio a través de estudiantes, el profesional asume toda responsabilidad del ofrecimiento de estos servicios.

Problema de la Investigación

Diversas investigaciones han informado que el 25% -45% de los niños con desarrollo normal demuestran problemas de alimentación y deglución (Arvedson, 2008; Bernard-Bonnin, 2006; Brackett, Arvedson, y Manno, 2006; Burklow, Phelps, Schultz, McConnell, y Rudolph, 1998; Lefton-Greif, 2008; Linscheid, 2006; Manikam y Perman, 2000; Rudolph y Link, 2002). La deglución en el individuo típico se realiza aproximadamente unas 500 veces al día; 200 veces al comer y beber, 250 cuando se está despierto sin consumir alimentos y 50 mientras duerme (Ganong, W.2002). En el control de esta función están involucrados diferentes niveles del sistema nervioso central, más de 40 músculos pares y la mayoría de los huesos de la cabeza y cuello. De esta forma entendemos que la deglución es un acto complejo y para su estudio se requiere el conocimiento de los principales aspectos fisiológicos y neurológicos involucrados, (Florín, Menares, Salgado, Tobar, & Villagra, 2004). Teniendo en cuenta la complejidad del proceso de deglución, surge la interrogante sobre cuál es la percepción de los Patólogos del Habla y Lenguaje sobre la prestación de servicios en el área de disfagia por parte de los Terapeutas del Habla y Lenguaje.

Pregunta de Investigación

ASHA, ha establecido que el entrenamiento de los Patólogos de Habla y Lenguaje debe ser idóneo, profundo, responsable y sobre todo especializado. ASHA (2002), definió como póliza en su documento *Roles of speech-language pathologists in swallowing and feeding disorders -Position Statement*, que los Patólogos del Habla y Lenguaje son responsables de la evaluación y tratamiento de pacientes con trastornos de la alimentación y deglución. Por tal razón, es de interés contestar diversas interrogantes respecto a la percepción de los patólogos del habla y lenguaje sobre lo que puede ser la prestación de servicios por Terapeutas del Habla y Lenguaje en el área de disfagia.

Propósito de la Investigación

Se ha informado que la prevalencia de disfagia pediátrica está aumentando debido a mejores tasas de supervivencia de niños nacidos prematuramente, con bajo peso al nacer, y con condiciones médicas complejas (Arvedson, 2008; Lefton-Greif, 2008). Los Patólogos del Habla y Lenguaje tienen un amplio conocimiento de la anatomía, fisiología, y los aspectos funcionales del tracto digestivo superior para tragar y hablar a través del espectro de edad, incluidos los bebés, niños y adultos (ASHA, 2001). El propósito de la investigación es conocer la percepción de Patólogos del Habla y Lenguaje sobre la prestación de servicios por Terapeutas del Habla y Lenguaje en el área de disfagia.

Justificación

Debido al creciente número de niños que requieren tratamiento para la disfagia es imperativo que los asuntos relacionados a esta área de intervención sean explorados, (Logemann, 2000; Silliman, 2000).

Un estudio epidemiológico realizado en los Estados Unidos indica que de 6 a 10 millones de personas sufren algún grado de disfagia y que los registros de incidencia han ido en aumento, (Logemann, 1996). El primer estudio paneuropeo, (llevado a cabo por el grupo europeo para el estudio de la disfagia), indicó que la mayoría de las personas que presentan disfagia no están diagnosticadas y pocos de ellos reciben tratamiento adecuado. La disfagia puede provocar distintos trastornos como neumonía, desnutrición, deshidratación, y obstrucción de la vía aérea, llegando incluso a ponerse en riesgo la vida del paciente (González, R. y Araya, C. 2000). Según la *American Speech-Language-Hearing Association*, los patólogos tienen un papel primordial en la evaluación y tratamiento de bebés, niños y adultos con trastornos de la alimentación y deglución, (ASHA, 2002). Algunos problemas de alimentación resultan significativos y con consecuencias graves (por ejemplo, falta de crecimiento, susceptibilidad a enfermedades crónicas), que se han reportado en 3% -10% de los niños, con una mayor prevalencia encontrada en niños con discapacidades físicas (26% -90%) y enfermedad médica y prematura (10% -49%), (Manikam y Perman, 2000). Teniendo en cuenta que el Patólogo del Habla y Lenguaje es el profesional idóneo para el tratamiento de disfagia, es de interés saber cuáles es la perspectiva de los Patólogos del Habla y Lenguaje sobre los tratamientos de disfagia brindados por Terapeutas del Habla y Lenguaje en Puerto Rico.

Capítulo II

Revisión de Literatura

La disfagia es la dificultad para tragar producida por la alteración anatómica o funcional de las diversas estructuras que intervienen en la deglución. La deglución normal requiere la participación del sistema nervioso central y esta se ve alterada cuando existe disminución del nivel de conciencia provocado por una enfermedad, por medicación o durante el sueño. La deglución depende del correcto funcionamiento de seis pares craneales: el 5º par: nervio trigémino, el 7º par: nervio facial, el 9º par: nervio glossofaríngeo, el 10º par: nervio vago, el 11º par: nervio accesorio y el 12º par: nervio hipogloso. Al dañarse alguno de estos nervios puede aparecer la disfagia. El conocimiento de los factores de riesgo y de los signos de la disfagia, junto con la observación de los hábitos de alimentación, dieta y signos de una adecuada nutrición e hidratación, son necesarios para la identificación temprana de los problemas en la deglución. La disfagia es un síntoma presente en diferentes patologías pero también se produce como secuela de tratamientos por enfermedades que afectan a las áreas implicadas en el mecanismo de la deglución, (Camarero, 2009). La prevalencia de la disfagia orofaríngea funcional en pacientes con enfermedades neurológicas es muy elevada: afecta a más del 30% de pacientes que han sufrido un Accidente Cerebro Vascular, su prevalencia en la enfermedad de Parkinson es del 52-82%; es el síntoma inicial del 60% de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA); afecta al 40% de pacientes con miastenia gravis, al 44% de pacientes con esclerosis múltiple, hasta el 84% de pacientes con Alzheimer, o a más del 60% de pacientes ancianos institucionalizados. La severidad de la disfagia orofaríngea puede variar desde una dificultad moderada hasta la total imposibilidad para la deglución.

La literatura se enfoca principalmente en disfagia esofágica y disfagia orofaríngea, pero también se puede conocer como disfagia neurogénica. La disfagia neurogénica es conocida como la dificultad para tragar a causa de un desorden neurológico que altera las funciones sensoriales y motoras de la fase oral y faríngea de la deglución. La etapa esofágica difícilmente es afectada por alteraciones neurológicas, pero cuando lo es; suele ser un problema más sintomático al compararse con los originados por disfunciones en la etapa oral y faríngea, (Buchholz, D., 1997).

Según la revista *Best Practice*, en su artículo; *Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professional* (2000), un individuo en riesgo de padecer problemas de deglución debe ser derivado al médico general o al Patólogo del Habla para profundizar en la valoración posterior. Para evitar el riesgo de aspiración, la ingesta oral debe detenerse hasta que el profesional de la salud experto en el tema se encargue de la valoración eficaz. Para evaluar el tragado de una persona se puede utilizar dos tipos de procedimiento, los procedimientos clínicos (no-instrumentales) o los procedimientos instrumentales, (SPA, 2012). En la publicación; *Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professional*, han establecido una serie de criterios para identificar a una persona que pudiese estar padeciendo de disfagia: Dificultad para controlar las secreciones orales o la salivación, ausencia o debilidad de la deglución o tos voluntario; cambios en la calidad/tono de la voz (ronquera/afonía); movimientos disminuidos de la boca y de la lengua; caída/reflejos orales primitivos; carraspera frecuente; higiene oral pobre; cambios en los patrones de alimentación; temperatura elevada, pérdida de peso y/o deshidratación; infecciones respiratorias de tracto bajo frecuentes; lentitud para iniciar la deglución y/o retraso en la deglución (más de cinco segundos); masticación o deglución descoordinadas;

muchas degluciones para un solo bocado (bolo); colocar la comida en los cachetes; regurgitación oral o nasal de alimentos/líquidos; demasiado tiempo empleado para comer/beber; toser o estornudar durante/mientras la alimentación; afonía o voz ronca y fatiga/cambios en el patrón respiratorio, son algunos de los síntomas asociados a la disfagia. En los niños se presentan otros síntomas y signos que pueden ayudarnos a identificar una posible condición de disfagia: Babear excesivamente; problemas al masticar y deglutir; expulsar la comida de la boca por una falta de control de la lengua; escupir la comida, rechazar la comida; aumento de la duración de la alimentación, (por ejemplo, más de 45 minutos); signos de aumento del esfuerzo, fatiga, y disminución del estado de alerta; dificultad para controlar los líquidos; signos de distrés durante la alimentación; cambios en los patrones normales de respiración, como: respiración con esfuerzo, respiración ruidosa, y signos de fatiga durante la alimentación, (Ramritu, Finlayson, Mitchell, & Croft, 2000). También se presentan signos de aspiración: ahogo, tos, atragantamiento con líquidos y/o alimentos, distrés respiratorio, incluido voz ronca y sibilancias. Una historia clínica recurrente de infecciones respiratorias, sensibilidad oral al tacto aumentada, rechazo de la comida o muecas, son los síntomas más comunes que se presentan en la disfagia pediátrica, (Ramritu et. al, 2000)

Los tratamientos en desordenes de tragado se basan en tres tipos: (a) terapias de estrategias compensatorias, (b) terapia de tragado directa, y (c) terapia de tragado indirecta, (Aguilar et.al., 1979; Griffin, 1974; Groher, 1984; Logemann, 1983). Las estrategias compensatorias incluyen técnicas de postura y modificaciones de dieta, lo cual facilita el proceso de tragado sin necesidad de cambiar la fisiología de tragado actual.

La terapia de tragado indirecto envuelve ejercicios para mejorar los aspectos de control neuromuscular necesarios para un tragado normal, por ejemplo: cierre de labios y elevación de lengua. La terapia de tragado directa envuelve brindarle al paciente instrucciones a seguir para completar el tragado de distintas comidas. Las instrucciones varían y dependen de la naturaleza específica del problema de cada paciente.

Definiciones:

Terapista del Habla Lenguaje (Sección 2, Inciso G, Ley 77, 1983):

Es el profesional que bajo la supervisión directa de un Patólogo del Habla y Lenguaje realiza actividades delegadas por este relacionadas con la Patología del Habla Lenguaje.

Las funciones del Terapista del Habla-Lenguaje (Según la guía de funciones de OPPHLA), son:

- Ejercer la terapia del habla lenguaje con niños entre las edades de 0 a 21 años supervisado por un PHL.
- Administrar pruebas de Cernimiento y referir al PHL los casos que no aprobaron el Cernimiento.
- Si el THL posee el Certificado en Intervención Temprana puede participar como observador y recurso para el PHL que sea su supervisor en el procedimiento de evaluación a población de infantes de 0 a 3 años.
- El THL puede participar en evaluación de asistencia tecnológica como observador y recurso para el PHL si posee el Certificado en Asistencia Tecnológica y ejerce la función bajo la supervisión de un PHL también certificado.

- Puede estar presente, junto al PHL supervisor, en reuniones de COMPU, PEI, PISFs, discusiones de casos y otros, pero es responsabilidad del PHL la toma de decisiones y recomendaciones.
- Participar junto a su supervisor de las discusiones de casos con los padres relacionadas al plan de intervención.
- Ofrecer la terapia directa siguiendo el plan de intervención redactado por el PHL.
- Redactar plan diario.
- Discutir los planes diarios y progresos del paciente con su supervisor clínico.

Patólogo del Habla Lenguaje (Sección 2, Inciso F, Ley 77,1983):

La persona que previene, evalúa, diagnóstica, orienta y participa en programas de habilitación o rehabilitación de personas con problemas de articulación, voz, fluidez, formulación o comprensión del lenguaje tanto hablado como escrito. Además ejerce funciones de supervisión:

- Seleccionar y asignar los clientes apropiados al supervisado.
- Determinar la naturaleza o tipo de supervisión apropiada para su supervisado.
- Establecer un sistema de responsabilidades para documentar el uso y supervisión del supervisado.
- Dirigir al supervisado en labores como: cernimientos, ejecución de planes de tratamiento, asistencia en proyectos de investigación y de relaciones públicas.
- Demostrar y participar con el supervisado en procesos clínicos.

- Interaccionar con el supervisado en la planificación y ejecución de conferencias de supervisión.
- Proveer retroalimentación al supervisado relacionada a la ejecución de sus tareas.
- Promover el respeto y la obediencia a las leyes de confidencialidad HIPAA, las leyes dentro del marco educativo FERPA y las relacionadas a la niñez tales como la ley 300, Ley 276 de maltrato infantil y cualquier otra relacionada en su desempeño tales como la ley 54 de violencia doméstica.

El Patólogo del Habla y Lenguaje debe asistir al supervisado en:

- El desarrollo de destrezas relacionadas a reportes verbales y escritos.
- La efectividad, selección, preparación y presentación de los materiales de tratamiento y organizar el ambiente de tratamiento.
- El uso apropiado de un lenguaje correcto (oral y escrito) cuando interacciona con clientes, familiares y otros profesionales.
- Compartir información relacionada a: aspectos éticos y regulaciones legales de la práctica profesional.
- Modelar y facilitar conducta profesional.
- Entrenar al supervisado en la verificación y mantenimiento del equipo de trabajo y en las precauciones universales.

Las funciones exclusivas del PHL, (OPPHLA, 2005), son:

- Realizar actividades evaluativas con pruebas estandarizadas y no estandarizadas.

- Interpretar resultados de las pruebas administradas.
- Evaluaciones de tratamiento o cernimiento de Tragado.
- Modificar los planes de tratamiento.
- Seleccionar clientes para servicio.
- Aprobación de las Altas del Servicio.
- Referidos para servicios adicionales.
- Demostrar estrategias de tragado y precauciones relacionadas al cliente, familiar o miembro del equipo de trabajo.

Rol del Patólogo del Habla y Lenguaje en relación a disfagia según ASHA:

Según establecido en el Rol de Patólogos del Habla en desordenes de tragado y alimentación, (ASHA, 2001), el Patólogo del Habla y Lenguaje es el profesional principal implicado en la evaluación y tratamiento de pacientes con trastornos de la deglución y la alimentación.

Estas áreas incluyen: Realización de la evaluación clínica de la deglución y la alimentación; realización de la evaluación instrumental con profesionales de la medicina; identificación de la anatomía normal y anormal de la deglución y su fisiología; identificar signos de posibles o potenciales trastornos en la deglución del tracto digestivo superior y hacer referencias al personal médico apropiado; toma de decisiones sobre la gestión de la deglución y trastornos de la alimentación; desarrollo de planes de tratamiento; proporcionar tratamiento para la deglución y trastornos de la alimentación, que documenten el progreso, y la determinación de los criterios de despido apropiados; proporcionar la enseñanza y el

asesoramiento a las personas y sus familias; educar a otros profesionales sobre las necesidades de las personas con trastornos de la deglución y el papel de los PHL en el diagnóstico y manejo de los trastornos de la deglución y alimentación; servir como parte integrante de un equipo según el caso; abogar por servicios para personas con trastornos de la deglución y la alimentación; y fomentar la base de conocimientos a través de actividades de investigación. Los Patólogos del Habla tienen un amplio conocimiento de las etiologías médicas y comportamentales de la deglución y trastornos de la alimentación. Además, tienen experiencia en todos los aspectos de los trastornos de comunicación que incluyen la cognición, el lenguaje y las interacciones de comportamiento, muchos de los cuales pueden afectar el diagnóstico y tratamiento de trastornos de la deglución y la alimentación. Debido a la complejidad de la evaluación y el tratamiento en la mayoría de las personas con trastornos de la deglución y la alimentación, los PHL y otros profesionales trabajan en equipo con las familias, los cuidadores y pacientes. Esos equipos pueden variar en composición de especialistas en función del ajuste, la población y las necesidades de los individuos. Los conocimientos especializados, habilidades y experiencia clínica relacionados con la evaluación y tratamiento de pacientes con problemas de alimentación y tragado pueden ser adquiridos en estudios de grado o de postgrado, en cursos formales, y / o en un marco de educación continua.

Los estándares para la certificación efectivos en 2005 requieren a los estudiantes de maestría completar el grado con competencias en disfagia. Es particularmente importante que los PHL que evalúan y tratan a los bebés y niños pequeños tengan una concreta experiencia académica y práctica de los supervisores y / o tutores que a su vez han tenido un considerable conocimiento y experiencia con esta población. Debido a lo complejo de

la condición de disfagia y todo lo que representa, ASHA, (2013) ha establecido una lista de tareas que los asistentes de Patólogos del Habla y lenguaje no deberían realizar:

- Representarse ellos mismos como SLP.
- Realizar pruebas de diagnóstico estandarizadas o no estandarizadas, evaluaciones formales e informales, tampoco impresiones de tragado.
- Realizar procedimientos que requieren un alto nivel de acumen clínico y destrezas técnicas, (e.g, prótesis de tracto vocal shaping or fitting, imágenes de tracto vocal y terapia de tragado faríngeo con bolo alimenticio).
- Tabular o interpretar resultados y observaciones de alimentación o tragado realizadas por el SLP.
- Participar en conferencias formales con padres o estudio de caso con equipos interdisciplinarios sin la presencia del SLP supervisor.
- Proveer información interpretativa a los padres/estudiantes/clientes, familia u otros que soliciten el estatus del servicio del paciente.
- Escribir, desarrollar o modificar algún plan de tratamiento.
- Asistir a estudiantes, padres o pacientes sin un plan individualizado preparado por el SLP.
- Firmar cualquier documento formal.
- Seleccionar o descartar a cualquier persona para recibir servicios.
- Hacer referidos.
- Brindar información confidencial a cualquiera que no sea su supervisor.

- Desarrollar o determinar estrategias de tragado o precauciones a parientes, pacientes o personal.
- Tratar independientemente a pacientes con condiciones de salud delicadas.
- Designar o seleccionar AAC.

Los Patólogos del Habla y Lenguaje además de brindar terapias de tragado, habla y lenguaje, supervisan a los Terapeutas del Habla y Lenguaje. En un estudio realizado en California- Estados Unidos, se entrevistaron a 56 *SLPA* (Asistentes de Patología de Habla y Lenguaje), a través de unos cuestionarios mediante los cuales se pretendía obtener información sobre la cantidad de supervisión recibida semanalmente. El término supervisión se refería tanto a supervisión directa e indirecta. La mayoría de los entrevistados respondieron que recibían menos del 10% de supervisión semanal. Esta cantidad de supervisión es menos que el mínimo recomendado por *ASHA* (2004a), tanto para los empleados recientes, que llevaban menos de 90 días, como para los que ya llevaban más de 90 días en el puesto. Aunque el tiempo de supervisión en última instancia es decidido por el Patólogo del Habla, de acuerdo a las habilidades del supervisado, las necesidades del cliente y del lugar, *ASHA* establece que “los días de supervisión y el momento del día (mañana/tarde) quizás debe ser alternado para asegurar que todos los pacientes reciben algún tipo de contacto directo con el Patólogo del Habla y Lenguaje al menos una o dos veces a la semana” (2004a, p. 9). Ostergren & Aguilar en 2015 realizaron una investigación titulada: “*Speech-Language Pathology Assistant Supervisor Survey*”, en la cual se estudió, (a) las responsabilidades y tareas que realizan regularmente los asistentes de Patólogos del Habla y Lenguaje, (b) la supervisión típica provista, (C) la opinión de los supervisores sobre el entrenamiento de los *SLPA*, y (d) el impacto y ventajas / desventajas

percibidas de los *SLPA* en el área de PHL. El método de la investigación fue un cuestionario a 64 Patólogos del habla y Lenguaje, quienes supervisaban a *SLPA*. Actualmente en Estados Unidos, la preparación académica, entrenamiento, y leyes que gobiernan a los *SLPA* varían dramáticamente de un estado a otro. *ASHA* no tiene una certificación nacional para los programas de *SLPA*. Por tanto, cada Estado debe ser responsable de establecer y monitorear los requerimientos de la registración de los *SLPA*, su certificación o las licencias a través de varios lugares de trabajo. Los participantes fueron 64 individuos que poseían el Certificado de Competencia Clínica en Patología del Habla y Lenguaje (CCC-SLP) y quienes habían supervisado a algún *SLPA*. La mayoría de los participantes (50.00%) dijo que luego del entrenamiento inicial, (40 horas por semana), ellos invertían entre 3 a 5 horas supervisando algún *SLPA*. Se les pidió a los participantes describir como ellos determinaban el nivel de supervisión provisto. Los participantes que indicaron que tenían bajo la supervisión a un "nuevo" *SLPA* (en su posición de primer empleo) se les pidió que calificaran cuan preparado estaba el *SLPA* en el desempeño de las funciones de su puesto de trabajo. Treinta y tres participantes (51%) dijeron que habían supervisado a un nuevo *SLPA*. La mayoría de los participantes (46%) clasificaron como positivo el impacto general de los *SLPA* en el campo de la Patología del Habla y Lenguaje. Cuando se le pidió describir lo que vieron como las mayores ventajas y desventajas de usar un *SLPA*, un 55% de los participantes respondió a esta pregunta.

Las áreas que clasificaron como las mejores ventajas fueron para la prestación de servicios y apoyo administrativo. En cuanto a los elementos críticos necesarios en el entrenamiento de los *SLPA*, el mayor número de respuestas se referían a la importancia de educar a *SLPA* sobre el tratamiento / técnicas de intervención y estrategias, tales como seguimiento de los

planes de tratamiento, comprensión de los objetivos, actividades de planificación, ejecución y las jerarquías de referencia. Esto fue seguido por la educación en poblaciones / trastornos específicos. En particular, los participantes identificaron las áreas de articulación y trastornos fonológicos como un área de necesidad educativa para *SLPA*.

De acuerdo con la Asociación Americana de Habla-Lenguaje y Audiología (*ASHA*), el asistente de patología del habla y del lenguaje (*SLPA*) ha jugado un papel importante en la salud de las personas en los Estados Unidos durante casi 40 años. El líder en el desarrollo de normas nacionales de acreditación profesional de Habla, Lenguaje y patólogos (*SLP*) durante más de 50 años: *ASHA*; define *SLPA* como "personal de apoyo con preparación académica y / o en el puesto de trabajo que llevan a cabo tareas prescritas, dirigidas y supervisadas por un Patólogo del Habla y Lenguaje certificado por *ASHA*". La Asociación de Escuelas Aliadas a las profesiones de Salud (*ASAHP*) reconoce al *SLPA* como un asistente de maestro de la salud aliado, cuya función es la de "ayudar al *SLP* con el habla, el lenguaje y audición (sin interpretación); seguir los planes de tratamiento según lo escrito por el *SLP*; recopilar datos; realizar tareas de oficina, y ayudar en la planificación y preparación de materiales de terapia".

Eficacia de los asistentes de Patólogos del Habla y Lenguaje

El uso de asistentes en el campo de la Patología del Habla y Lenguaje ocurre en otras partes del mundo: United Kingdom (UK), Canada, Australia, y otras localizaciones (O'Brien, Byrne, Mitchell, & Ferguson, 2013). Boyle y sus colegas (2009), investigaron la diferencia en los resultados de ejecución en lenguaje después de la intervención proporcionada por Patólogos del Habla y Lenguaje en comparación con la proporcionada por los asistentes de Patología del Habla y Lenguaje. Los participantes fueron niños de 6-11 años con trastorno del lenguaje primario, sin otros problemas como: discapacidad intelectual, problemas de articulación, o trastornos de la fluidez. Los participantes fueron asignados al azar a cuatro grupos experimentales y un grupo de control. A los cuatro grupos experimentales el Patólogo del Habla y Lenguaje le proporciono terapia individual directa, y Terapia de grupo directa. El *SLPA*, le proporciono terapia individual indirecta, y terapia de grupo indirecta. Los participantes recibieron sesiones de intervención en lenguaje con 30 a 40 minutos de duración durante un período de 15 semanas (para un promedio de 22 horas de la intervención). El grupo control recibió su "tratamiento habitual", conocido como consultoría (Boyle et al., 2009, p. 826), un tratamiento brindado por profesionales no especializados en el área de Patología del Habla y Lenguaje. La consultoría es el modelo de terapia frecuente en escuelas del Reino Unido (McCartney, Boyle, Ellis, Bannatyne, y Turnbull, 2011) y se lleva a cabo por el personal escolar dado una cantidad indefinida de orientación de los *SLPA* (Boyle et al., 2009). Los participantes en el grupo control recibieron sólo la cantidad y el tipo de la intervención que les ofrece su escuela local. Como resultado, la cantidad exacta de la terapia fue desconocida; sin embargo, con base en los datos de una auditoría, los investigadores asumieron que los servicios del grupo control

fueron menos frecuentes que los que se ofrecieron a los grupos experimentales. Todas las actividades fueron coordinadas por un Patólogo de Habla y Lenguaje. Los investigadores midieron los resultados utilizando el *Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Third Edition UK (CELF-3UK)*. Después de 12 meses de prueba, el grupo experimental demostró mejoras en lenguaje expresivo, sin embargo en lenguaje receptivo no hubo ninguna diferencia. Las comparaciones entre los 4 modelos de intervención arrojaron en sus resultados que los servicios prestados por un *SLPA* bastante entrenado y supervisado pueden ser tan efectivos como los brindados por un Patólogo del Habla y Lenguaje.

Sin embargo los autores enfatizan en que la efectividad en el uso de *SLPA*, no aplica a niños que requieran de tratamientos especiales. Luego del periodo de prueba de 12 meses los participantes en el grupo experimental dejaron de recibir terapias por *SLPA* y Patólogos del Habla y Lenguaje. Una vez dejaron de recibir las terapias no continuaron mejorando en lenguaje expresivo. En general, los investigadores indicaron que la intervención realizada por *SLP* y *SLPA* ha demostrado ser más eficaz que la entregada por el personal de la escuela que siguió el mismo protocolo basado en manual. Estos resultados son especialmente relevantes en el Reino Unido, donde la mayor parte del modelo común de la prestación de servicios de consultoría es un modelo en el que la intervención se lleva a cabo por personal escolar. En otro estudio similar, Dickson y sus colegas, en 2009, hicieron un análisis costo efectivo en el cual compararon cual modelo de terapia podía ser más económico. Llegaron a la conclusión de que el modelo grupal indirecto era más costo efectivo, y que no solo los *SLPA* pueden hacer un trabajo efectivo, si no que pueden representar una solución costo efectiva para los servicios brindados a niños con impedimentos del lenguaje primario.

Una investigación similar fue realizada por Mecrow, y sus colegas en el 2010. Los participantes en este estudio incluyeron a 35 niños entre las edades de 4-6 años, que fueron identificados con dificultades de habla y/o idioma. Las medidas de resultado primarias incluyeron antes y después de la intervención. Durante el período de intervención de 10 semanas, los participantes recibieron un promedio de treinta y nueve sesiones de 45-60 minutos en una combinación de terapias individuales y de grupo. La longitud de apoyo de los *SLPA* fue considerada de forma individual, en base a necesidades particulares del niño.

Los métodos de intervención fueron una combinación de programas disponibles en el mercado y actividades creadas por SLP. Los resultados indicaron mejoras significativas en el lenguaje expresivo y receptivo post-intervención.

Opiniones y Percepciones de los Supervisores

En una investigación realizada por McCartney y sus colaboradores (2005), observaron que el uso de *SLPA* en el Reino Unido se prevé que aumente, debido a una escasez nacional de *SLP*. Boyle et al. (2009) en su investigación parearon a cada *SLP* con un *SLPA*, a lo largo de la intervención. Todos los asistentes en este estudio realizaron una licenciatura en psicología. Ninguno de los *SLP* había tenido experiencia previa trabajando directamente con *SLPA*. Los investigadores obtuvieron respuestas de la encuesta a través de cuestionarios o una entrevista en persona por escrito, dependiendo de la preferencia del *SLP*. Los investigadores utilizaron un análisis de contenido para identificar los beneficios informados y desventajas de la utilización de *SLPA* en relación con la prestación de servicios a los niños que requieren de terapia. En cuanto a las desventajas, un tema común entre los *SLP* fue la gran cantidad del tiempo necesario para entrenar y supervisar a un asistente, así como las dificultades que plantean la gestión de un plan de terapia mientras se

trabaja indirectamente con los clientes. La mayoría de los *SLP* expresaron dificultad con la utilización de los documentos del *SLPA* sobre el progreso del cliente. Algunos *SLP* aluden a una disminución de la confianza al realizar cambios en los planes de tratamiento y la disminución de los niveles de propiedad para los niños vistos por los asistentes. Un *SLP* describió como menos gratificante el no trabajar con un niño directamente, ya que era difícil confiar en las cuentas de segunda mano del progreso. Sólo un *SLP* informó que la prestación de servicios indirecta fue una experiencia muy positiva en la que fue capaz de gestionar con eficacia los planes de terapia para sus clientes indirectos. Algunas de las sugerencias para el uso de asistentes implicaron; la mejora de la formación de los asistentes, la supervisión por parte de los *SLP*, mejorar la documentación de los planes de intervención y las actividades llevadas a cabo en la terapia. La ejecución de los asistentes de Patología de Habla y Lenguaje puede ser igual que la de un Patólogo de habla y lenguaje, siempre y cuando el asistente reciba la debida preparación (i.e., Boyle et al., 2009), esto supone un potencial contraste entre la percepción de los Patólogos del Habla sobre la cualidad de las intervenciones de los *SLPA*. O'Brien y sus colegas (2013), realizaron un estudio similar en Australia sobre la percepción de los Patólogos del Habla y Lenguaje sobre el uso de *SLPA*. Australia es otro continente que enfrenta la falta de Patólogos del Habla y Lenguaje, lo cual tiene un efecto significativamente negativo en las necesidades de servicios en las áreas rurales. No todos los estados de Australia utilizan personal asistente con preparación en Patología del Habla y Lenguaje. El estudio incluyó 8 Patólogos del Habla y Lenguaje en *New South Wales*, un estado rural que no utiliza *SLPA* en la prestación de servicios de Patología del Habla y Lenguaje. Cinco de los participantes tenían experiencia previa supervisando y solo uno de ellos tenía entrenamiento específico en Patología del Habla y Lenguaje.

Los investigadores llevaron a cabo un análisis cualitativo, que a través de las respuestas de los participantes reveló tres temas relacionados entre sí: aspecto profesional, económico y de organización. Las respuestas dentro del tema profesional estaban relacionadas con la seguridad en el empleo y los posibles de cambios en el rol profesional de los *SLP*. Las respuestas en el tema económico estaban relacionadas con el presupuesto, recursos y financiación, así como las preocupaciones relacionadas con los asistentes siendo vistos como *SLP* más baratos. Las respuestas dentro del tema de la organización guardaron relación con las políticas, el mantenimiento de los servicios basados en la evidencia, y la eficacia del tratamiento. En general, las opiniones de los participantes se dividieron por la mitad con cuatro *SLP* que ven el uso de asistentes de buena manera, mientras que los cuatro restantes *SLP* tenían dudas sobre el uso de los asistentes. Las investigaciones mencionadas anteriormente señalan que uno de los factores por los que se utilizan Asistentes de Patología del Habla y Lenguaje en áreas para los que no están capacitados es por la escasez de Patólogos de Habla y Lenguaje. La cantidad de supervisión que reciben los asistentes también es un punto importante, en la investigación realizada por Ostergren & Aguilar en 2013, los asistentes de Patología del Habla y Lenguaje expresaron haber recibido menos del 10% de supervisión semanal. En otra investigación de Ostergreen en 2015, en la cual entrevistó a Patólogos de Habla y Lenguaje respecto a su experiencia supervisando, la mayoría de los participantes (46%) clasificaron como positivo el impacto general de los *SLPA* en el campo de la Patología del Habla y Lenguaje. Cuando se le pidió describir lo que vieron como las mayores ventajas y desventajas de usar un *SLPA*, las áreas que clasificaron como las mejores ventajas fueron para la prestación de servicios y apoyo administrativo. Boyle y sus colegas (2009), enfatizan en que la efectividad en el uso de *SLPA*, no aplica a niños que requieran de tratamientos especiales.

Capítulo III

Metodología

Introducción

Los Patólogos de Habla y Lenguaje, quienes a su vez, en muchas ocasiones cumplen el rol de supervisar, juegan un rol importante en la comprensión del uso de los auxiliares de servicio en el campo de la Patología del Habla y del Lenguaje. Solo un pequeño número de estudios fuera de los Estados Unidos ha investigado las opiniones y percepciones de los supervisores sobre este tema, (Ostergreen, 2015).

Selección de los Participantes

Los participantes fueron 6 Patólogas del Habla y Lenguaje quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la investigación. La información contacto sobre las participantes fue obtenida a través de directorios de servicios profesionales o a través de *snowball effect*. El acercamiento hacia las mismas fue mediante llamadas y/o contacto directo.

Criterios de Inclusión

- Ser Patólogo del Habla y Lenguaje
- Tener tres años o más ejerciendo la profesión
- Ser residente de PR
- Poseer licencia activa de Patología del Habla y Lenguaje de Puerto Rico

Criterios de exclusión

- No ser Patólogo/a del Habla y Lenguaje
- Tener menos de 3 años ejerciendo la profesión
- No ser residente de Puerto Rico
- No tener licencia activa de Patología del Habla y Lenguaje de Puerto Rico

Diseño de Investigación

La investigación es de enfoque cualitativo y no experimental. El enfoque cualitativo busca comprender la perspectiva de los participantes, ya sean individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará, acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en la que los participantes perciben subjetivamente su realidad (Hernández, Fernández, Baptista, 2010). La investigación no experimental es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones. No hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. El estudio de investigación es también exploratorio, la literatura nos puede revelar que no hay antecedentes sobre el tema en cuestión o que no son aplicables al contexto en el cual habrá de desarrollarse el estudio, en cuyo caso la investigación tendrá que iniciarse como exploratoria, (Sampieri, 2004). Los estudios exploratorios nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables

promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables (Dankhe, 1986). Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el tono de investigaciones posteriores más rigurosas” (Dankhe, 1986).

Escenario de la Investigación

Se realizaron entrevistas presenciales a las Patólogas del Habla y Lenguaje participantes de la Investigación. El lugar fue acordado por la investigadora y las entrevistadas, de acuerdo a su disponibilidad.

Descripción de la entrevista

La guía de preguntas que se utilizó para la entrevista fue creada por la investigadora, la misma constó de 17 preguntas abiertas. La entrevista será en profundidad semi-estructurada, esta es una técnica de investigación que se utiliza en los estudios cualitativos (Creswell, 2009; Lucca & Berríos, 2009; Merriam, 1988; Stake, 2007 en Morales, 2012). El propósito de utilizar la técnica de entrevista en profundidad, es recopilar los datos relacionados con las experiencias de las personas y el significado que ellas le dan a esas experiencias (Seidman, 2006 en Morales, 2012)

Procedimiento

Se entrevistaron a 6 Patólogos/as del Habla y Lenguaje, residentes de Puerto Rico. Se buscaron y contactaron a las participantes a través de directorios de servicios profesionales. Una vez citadas las participantes se les explicó en detalle la hoja informativa.

Este documento incluye el propósito del estudio, procedimiento, medidas de confidencialidad, riesgos, derechos y beneficios como participantes. Se explicó a cada sujeto que su participación es completamente voluntaria, que tienen derecho a no contestar alguna pregunta y que pueden retirarse del proceso de entrevista si lo consideran necesario. De manera oral se solicitó el consentimiento de los participantes para poder hacer grabaciones de voz durante la entrevista. Los participantes tuvieron la oportunidad de hacer cualquier pregunta relacionada a la investigación, o al proceso de entrevista. En una hoja de anotaciones se realizaron apuntes de datos relevantes y/o de información no verbal recopilada.

Análisis de datos

La información obtenida durante las entrevistas fue transliterada por la investigadora. Para las grabaciones de voz se utilizó la grabadora digital: Olympus VN- 7200 Digital Voice Recorder (V404130BU000). "El análisis de datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa. La recolección y el análisis de datos van de la mano. A lo largo de la observación, la entrevista en profundidad y las otras investigaciones cualitativas, los investigadores siguen la pista de los temas emergentes, leen sus notas de campo o transcripciones y desarrollan conceptos y proposiciones para empezar a dar sentido a sus datos." (Taylor y Bogdan, 2002). Este proceso de análisis no sigue un esquema rígido y se conoce con el nombre de "espiral de comprensión", "análisis cíclico" o "análisis en progreso". Cada investigador deberá desarrollar un proceso de análisis adecuado, puesto que el análisis de datos cualitativos tiene que ver más con la habilidad creativa del investigador que con una habilidad meramente técnica. La información obtenida fue categorizada, y dividida por temas y subtemas.

Como es el investigador quien le otorga significado a los resultados de su investigación, uno de los elementos básicos a tener en cuenta es la elaboración y distinción de tópicos a partir de los que se recoge y organiza la información. Para ello se distinguirá entre categorías, que denotan un tópico en sí mismo, y las subcategorías, que detallan dicho tópico en microaspectos. Estas categorías y subcategorías pueden ser apriorísticas, es decir, construidas antes del proceso recopilatorio de la información, o emergentes, que surgen desde el levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación, lo que se relaciona con la distinción que establece Elliot cuando diferencia entre “conceptos objetivadores” y “conceptos sensibilizadores”, en donde las categorías apriorísticas corresponderían a los primeros y las categorías emergentes a los segundos (Elliot, 1990).

Confidencialidad de los participantes

Los participantes fueron identificados mediante pseudónimos para salvaguardar su identidad. Una vez se realizaron las transliteraciones, las grabaciones de voz fueron borradas. Los datos recolectados en la hoja de anotaciones y las transliteraciones, se guardaron bajo llave en la casa de la investigadora y serán triturados al cabo de cinco años. La confidencialidad de los participantes está garantizada ya que no se divulgará la identidad de los mismos.

Beneficios del estudio para los participantes

Las participantes de este estudio tendrán la oportunidad de compartir su percepción sobre la prestación de servicios por parte de los Terapeutas del Habla y Lenguaje en el área de disfagia.

Los participantes se basaron en su experiencia y conocimiento como profesionales en el campo de Patología del Habla y Lenguaje para exponer su postura respecto al tema. Las participantes formaron parte de un pequeño grupo de personas que podrá exponer sus inquietudes, pensamientos, y perspectiva sobre un tema relacionado a la profesión que ejercen.

Posibles riesgos del estudio para los participantes

Algunos de los posibles riesgos para los participantes fueron; cansancio, aburrimiento, y estrés, ya que la entrevista puede restarle al tiempo de sus ejecuciones y tareas diarias. Los participantes también podrían preocuparse por no saber qué contestar o ser juzgados por sus respuestas.

Importancia del estudio

La importancia de este estudio radica en que los asuntos relacionados al área de intervención en disfagia pediátrica fueron explorados. Explorar los asuntos en el área de disfagia pediátrica es imperativo debido al creciente número de niños que requieren tratamiento en esta área. Esta investigación estableció una base sobre la situación actual respecto a los tratamientos de disfagia por supervisados y proveyó información sobre lo que puede ser en un futuro la prestación de servicios por parte de los Terapeutas de Habla y Lenguaje.

Capítulo IV

Resultados

Introducción

Durante este Capítulo se presenta la descripción de los participantes, instrumentos utilizados, temas destacados de la guía de preguntas, resultados y estadísticas. Los temas son presentados junto a la citación de las respuestas obtenidas de los participantes. También se presentan estadísticas de los datos obtenidos mediante la entrevista.

Descripción de los participantes

Las participantes de esta investigación fueron seis Patólogas de Habla y Lenguaje, con licencia activa de Patología de Habla y Lenguaje de Puerto Rico. Los años de experiencia clínica del grupo de entrevistadas fluctuaban entre tres a veintiocho años de experiencia.

Instrumento

Se utilizó una guía de preguntas para realizar las entrevistas semi-estructuradas. Las entrevistas fueron grabadas utilizando una grabadora de voz digital. Las grabaciones fueron transliteradas para un mejor análisis. Una vez transliteradas, las entrevistas fueron borradas.

Temas destacados de la guía de preguntas

- Experiencia del Patólogo de Habla y Lenguaje trabajando pacientes con disfagia
- Tipo de tareas que delegarían actualmente al Terapeuta de Habla en casos de disfagia
- Beneficios o desventajas de la prestación de servicios por Terapeutas del Habla en disfagia

- Inclusión de cursos de disfagia en bachillerato
- Postura respecto a la posibilidad de que los Terapeutas de Habla y Lenguaje brinden servicios en el área de disfagia en un futuro
- Conocimiento sobre casos en que Terapeutas de Habla y Lenguaje hayan brindado servicios en el área de disfagia

Datos

Las entrevistadas ejercen su profesión en los pueblos de Ponce, Cayey, Caguas y San Juan. Dos de las seis entrevistadas han ejercido su profesión en Estados Unidos. Cinco de las seis Patólogas de Habla y Lenguaje entrevistadas, han trabajado casos de disfagia. Cinco han trabajado disfagia en pacientes niños y dos de ellas también han trabajado disfagia con pacientes adultos. Entre las condiciones concomitantes con disfagia que han trabajado las entrevistadas se encuentran; condiciones metabólicas, condiciones respiratorias, condiciones cardiacas, Síndrome de Down, Autismo, Alzheimer, ACV, Cáncer laríngeo, Cáncer de cerebro, traumatismo cerebral, fracturas con traqueotomía, Perlesía cerebral, y translocación cromosómica. Una de las entrevistadas ha supervisado al equivalente de Terapeuta de Habla y Lenguaje (*SLPa*), en Estados Unidos en área de disfagia.

Resultados

Los resultados se dividieron por temas y se utilizó seudónimos para proteger la privacidad de las participantes.

Tareas que delegarían actualmente al Terapeuta de Habla en casos de disfagia

Ana

Si hubiese la oportunidad de tener un terapeuta, sería más bien trabajar, dependiendo del caso, creo que la etapa preparatoria oral, la parte de los movimientos del mecanismo oral, exposición de alimentos que sean permitidos o texturas, pero no, entiendo que si no están preparados hasta ahí llegarían.

Beatriz

Podría delegar a un terapeuta que pueda recopilar los datos de intervención, pero no más allá.

Carmen

Delegaría ejercicios oro motor, sensorial, estrategias compensatorias y educación a los padres.

Luz

Yo en esa...en esa área, no tengo mucho manejo porque no he trabajado casos. Es que no sé, no sé cómo se desenvuelve la terapia de disfagia, como es el manejo, de verdad lo desconozco.

Marisol

Tal vez el área sensorial, pero no más allá de la fase preparatoria. Esos casos más profundos yo usualmente los refiero.

Lupe

Hay mucho issue sobre lo que es un problema de alimentación y un problema de tragado, y yo entiendo que hay que tener un conocimiento y un seguimiento de adiestramiento continuo para poder trabajar todas las señales y todo el proceso que conlleva a nosotros el poder decir, que hay un problema, un diagnóstico diferencial de disfagia. Así que para trabajarlo tenemos que tener las estrategias, el terapeuta del habla no está siendo educado para atender estas estrategias. No delegaría ni el área de papeleo en casos de disfagia porque tienen que tener el conocimiento, tiene que escribir. Si no lo tienen en adiestramiento, si no me pueden ayudar en el servicio, no lo van a poder describir.

Beneficios y/o desventajas de la prestación de servicios por Terapeutas del Habla

Ana

Lo que pasa es que si el terapeuta no está preparado académicamente y no ha sido adiestrado para trabajar con esta condición, pues eso puede perjudicar en el sentido de que no va a saber exactamente por qué y como lo está haciendo. A menos que no haya tenido un adiestramiento, unos talleres que lo capaciten.

Beatriz

Mi opinión es que el terapeuta de habla y lenguaje no está preparado, no tiene el expertise para trabajar con este tipo de población, es una, una de las patologías verdad más delicadas de dentro de nuestra población, ya que cualquier malpractice podría llevar hasta la muerte de un paciente, por lo tanto entiendo que el patólogo de habla y lenguaje es el profesional que debe consistentemente trabajar con este tipo de paciente, no el terapeuta.

Carmen

El terapeuta puede beneficiar siempre y cuando no salga de los límites, de los límites para los que se ha entrenado.

Luz

Este es mucha responsabilidad y...y yo entiendo que también este.... conlleva mucho riesgo. Por ejemplo, me aterrorizaría el hecho de que un paciente se ahogue, o...o que, o que aspire, sabes que para mí eso es....

Marisol

Beneficios, no. Yo entiendo que entonces habría que modificar el currículo en la Universidad, o sea tendrían que tener la preparación para poder hacerlo.

Lupe

En un futuro, la aportación de servicios por terapeutas beneficiaria si hacemos una definición concretan de lo que son problemas específicos de alimentación y de lo que entonces sea una definición de lo que es disfagia. Entonces podríamos trabajar con ello, a que si es un problema en el aspecto de alimentación, donde hay elementos sensoriales, oro

motor y estamos en una fase solamente, que estamos hablando para entonces trabajar alimentación, entonces el terapeuta de habla quizás nos podría ayudar a determinar esos problemas sensoriales. Ves, por ejemplo un niño dentro de espectro de autismo, ¿se va a considerar como un problema de alimentación o un problema de disfagia?

Posibilidad de que en un futuro los Terapeutas de Habla y Lenguaje brinden servicios en el área de disfagia

Ana

Yo no me niego a la posibilidad de que los Terapeutas brinden servicios de disfagia siempre y cuando estén preparados y la licencia así los cobije.

Beatriz

Yo no, verdad, yo no me rehúso a que ese campo se abra, o se amplíe para los terapeutas porque en realidad somos una misma disciplina. Lo importante es que si van a brindar los servicios que tengan el conocimiento. Que sea probado, que sea regulado, que este dentro verdad de lo que se llama la carga académica. Un curso, que tengan práctica clínica, que usen técnicas y estrategias basadas en evidencia. Que eso sea ya regido dentro del programa académico de bachillerato y así cuando salgan a la calle tengan la preparación. Porque en realidad cuando estamos preparándonos en la academia, no es hasta que uno llega a la calle, a la práctica que vas adquiriendo las estrategias pero tienes ya una base, y tienes un conocimiento, que eso no te lo dan en cualquier otro lugar, si no en tu preparación académica. Si no es así pues no porque es una de las patologías más delicadas.

Carmen

El terapeuta debe brindar todo servicio con supervisión, ves no estoy de acuerdo con que el terapeuta trabaje pacientes con traqueotomía. Han sido muchísimos años de entrenamiento y no, no voy a pretender que este en juego la vida de un paciente. Todo podría ser con el entrenamiento adecuado y con supervisión directa y frecuente.

Luz

Yo apoyaría que los terapeutas de habla pueden brindar tratamiento de disfagia siempre y cuando estén preparados y bajo la supervisión de un patólogo de habla que esté preparado, no veo porque no puedan hacerlo. Es un área que llama la atención, que llama la atención, pero como te digo, yo a veces oigo y hablo con colegas de los tratamientos de disfagia y es un tema que me aterroriza. Pero entiendo que si toman los cursos en su bachillerato y adquiere la preparación no hay problema.

Marisol

Todo depende de si están preparados o no, o sea si en la Universidad, si en el currículo le ofrecen la preparación yo no tendría ningún reparo, siempre y cuando dentro de las clases que le impartan este la clase de disfagia. Y también una buena clase, es que no tengo conocimiento si los terapeutas al momento reciben una buena clase de anatomía, tú sabes, que serían ambas clases. Un buen curso de anatomía porque es importante. Y aparte de eso una clase de disfagia, si se dan esos dos requisitos yo no tendría ningún problema.

Lupe

En resumen, si el terapeuta adquiere la preparación, adiestramiento, en todos los componentes de todo lo que significa disfagia.

Si dominan el vocabulario comúnmente utilizado, que podamos entendernos. Yo no me considero experta pero hay un vocabulario a dominar para entenderse entre profesionales trabajando disfagia. Si se adiestran adecuadamente y se define bien lo que es disfagia y problema de alimentación, y trabajan bajo la supervisión de un Patólogo, entonces. Pero el Terapeuta ya sería más un Patólogo, para eso que estudien Patología del Habla.

Experiencia sobre casos de Terapeutas de Habla que hayan brindado servicios en el área de disfagia

Ana

Directamente no, pero si supe de un caso en que una Terapeuta del Habla brindaba servicios de disfagia y con pacientes adultos, lo cual es insólito, tu sabes porque los terapeutas solo trabajan con pacientes hasta los 21 años.

Beatriz

Si, pues actualmente yo estoy atendiendo un niño, mi clínica es completamente privada, los servicios son privados y esta madre recurre a mi porque su chico tiene el diagnostico de disfagia y está siendo tratado por el departamento de educación por una terapeuta de habla, que entiende mamá y se ha dado cuenta mama que no tiene la experiencia ni tiene los conocimientos, por lo tanto verdad el chico ha ido de forma adversa, ha ido para atrás en cuanto al tratamiento. Lo que había adelantado, anteriormente, previo a ser atendido por esa terapeuta lo hecho hacia atrás. El comenzó conmigo, empezó a mejorar y entonces ahí mama desistió de los servicios bajo el departamento.

Carmen

Supe de un caso de un terapeuta que estaba asumiendo el rol del patólogo de habla, el terapeuta realizaba el tratamiento en disfagia en una clínica privada y no estoy de acuerdo en lo absoluto con eso.

Luz

Al menos acá, en esta área... acá en Ponce casi no se ven casos de... casos de disfagia, son bien pocos, y en la mayoría de los casos que se ven, al menos en esta área de acá, casi los terapeutas y los patólogos no los trabajan, los trabajan más en el área ocupacional.

Marisol

Nada, uno de los Head Start que visito, había una nena con la dificultad en disfagia. A través de una corporación, creo que era por remedio provisional quien le prestaba el servicio era un Terapeuta. Le pregunte a la persona por la preparación y era terapeuta del habla.

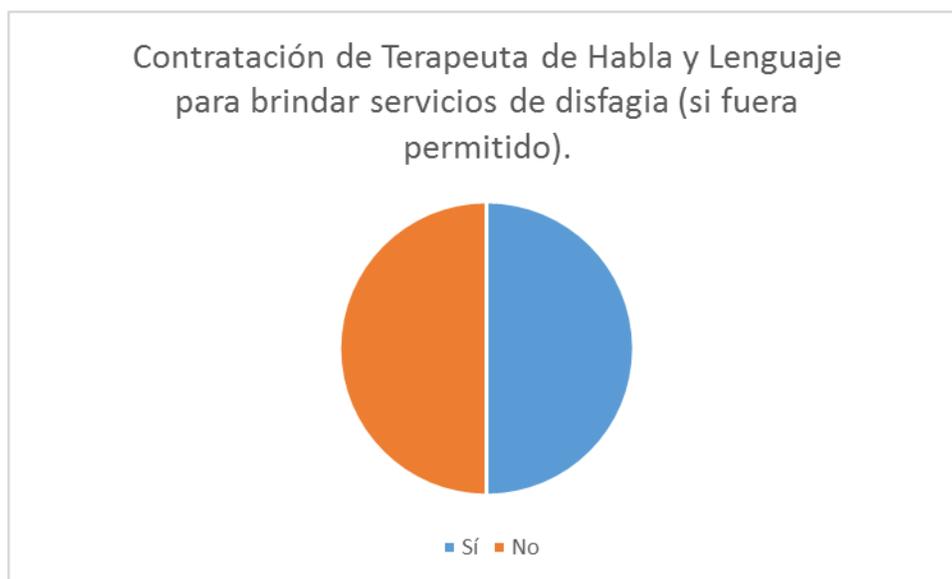
Lupe

Sí, claro que sí, claro que sí. Pues mira, aquí hay terapeutas que hasta tienen oficinas privadas solos y volvemos a lo mismo. En Puerto Rico se necesitan muchos profesionales en nuestras áreas, Patólogos de Habla y Terapeutas pero las cosas se tienen que hacer bien. Si nos vamos a especializar en un área, tú tienes que tener eso mismo, adiestramiento continuo para llevarlo a cabo. Si tú tienes oficina solo significa que los pacientes que entran, tú los atiendes pero tú no tienes supervisión. Si tú dices que trabajas alimentación y tú entras a esta familia y comienzas a trabajar problemas de alimentación. Y tú lo evalúas, ¿Cómo hiciste ese proceso de evaluación?! Entonces, en este caso en particular

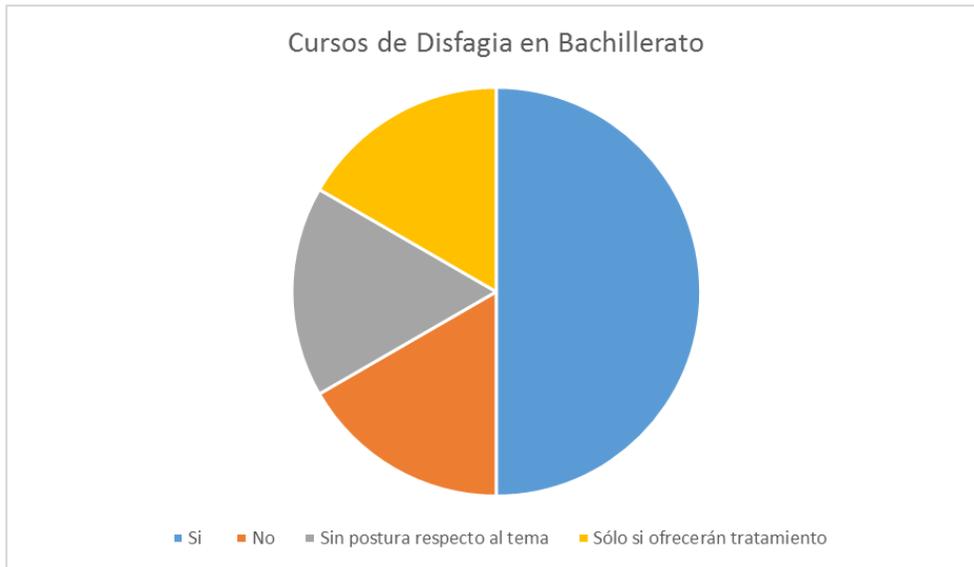
esa familia llego a donde mí, esto fue mucho antes de yo estar aquí. En este caso particular esa familia llega donde mí y cuando llega a donde mí, me dice “mira le está haciendo este ejercicio, este ejercicio y este ejercicio”. Ellos me dicen los ejercicios que le están haciendo y entonces ahí yo comienzo a indagar; ¿están haciendo ese ejercicio por qué razón? ¿Hace cuánto se cambiaron los ejercicios? ¿Cuál es la intensidad? ¿Cuál es la frecuencia? ¿Cómo se están haciendo esos ejercicios? Y no había un seguimiento, porque si no tienes preparación no puedes ir viendo los cambios en el niño para que vayas modificando estos ejercicios, porque los ejercicios no son todos iguales para todo el mundo.

Estadísticas

Contratación de Terapeuta de Habla y Lenguaje para brindar servicios de disfagia (si fuera permitido).



Inclusión de cursos de disfagia en bachillerato



Conocimiento sobre algún terapeuta de Habla y Lenguaje que haya brindado servicios en el área de disfagia



Capítulo V

Análisis de Resultados

Introducción

En esta investigación se utilizó el proceso de triangulación de análisis de datos donde se utilizan diferentes fuentes de datos; las entrevistas y la revisión de literatura para contrastar la información obtenida. Según Leedy y Ormrod (2013), lo que busca este tipo de análisis es identificar los temas en común de los participantes en cuanto a sus experiencias y percepciones descritas.

Análisis de Datos

Una de las seis entrevistadas ha supervisado a *SLPA* en el área de disfagia en Estados Unidos. Cuatro de las entrevistadas expresaron que sólo el Patólogo de Habla y Lenguaje debe intervenir con los pacientes de disfagia. Una participante expresó que los profesionales adecuados para trabajar disfagia son el Patólogo de Habla y el Terapeuta de Habla, pero con ciertas restricciones. Una de las participantes entiende que quien debe intervenir con esos casos de disfagia son los profesionales que hayan tenido el debido adiestramiento y preparación ya que muchos Patólogos de Habla y Lenguaje no tienen adiestramiento en disfagia. Tres de las seis participantes contrataría a un Terapeuta de Habla y Lenguaje en la prestación de servicios en disfagia. Algunos de los ejercicios que delegarían al Terapeuta de Habla y Lenguaje son; ejercicios de mecanismo oro motor, área sensorial, estrategias compensatorias, etapa preparatoria oral, educación a los padres exposición de texturas y alimentos que sean permitidos.

Cinco de las entrevistadas piensa que ASHA debe regular equitativamente en todos sus países la profesión de los asistentes de Patología de Habla en relación a disfagia, y una opina que debe ser regulado por cada Estado individualmente. Ninguna de las Patólogas de Habla y Lenguaje entrevistadas se niega a la posibilidad de que en un futuro los Terapeutas de Habla y Lenguaje puedan brindar servicios en el área de disfagia, siempre y cuando estos profesionales estén preparados. La preparación incluye que tomen el curso de disfagia en su bachillerato, que trabajen con pacientes que presenten problemas de alimentación o tragado en su práctica clínica y que siempre trabajen bajo la supervisión directa de un Patólogo de Habla y Lenguaje.

Comparación de Literatura con Resultados

Regulación de la profesión de los Asistentes de Patología de Habla y Lenguaje

Cinco de las seis entrevistadas están a favor de que ASHA regule equitativamente el *scope* de práctica para todos los asistentes de Patólogos de Habla y Lenguaje, de manera que sus funciones puedan ser las mismas en todos los países regulados. McAllister y sus colegas (2013), se refieren al uso de asistentes de Patología de Habla (*SLPA*), como un ejemplo de tipo de trabajadores a medio tiempo en el campo de la comunicación, logrando alcanzar algún tipo de reconocimiento en algunos países como Estados Unidos (p. 124). En Estados Unidos *los SLPA* son personal de soporte que asiste a los Patólogos de Habla y Lenguaje en la provisión de servicios educacionales, terapéuticos, o rehabilitación a individuos con problemas de habla y/o lenguaje. En 2013, ASHA reveló un nuevo *scope* de práctica, que brinda recomendaciones relativas al *SLPA*, (ASHA, 2013). Este documento formaliza las recomendaciones de ASHA para el entrenamiento, uso y supervisión de los *SLPA*.

Estas recomendaciones sin embargo, no son certificaciones formales de los *SLPA* en Estados Unidos. En el presente, no hay una certificación nacional que regule los estándares para *SLPA* en Estados Unidos. Cada Estado es individualmente responsable por establecer y monitorear los requisitos para la registración, certificación, o licencia para los *SLPA*. Así mismo, las leyes aplicables, entrenamiento y preparación académica de los *SLPA* varían dramáticamente de un Estado a otro. En 2011, *ASHA* creó un grado asociado opcional para personal de soporte en audiología y Patología de Habla y Lenguaje (Robinson, 2010; *ASHA*, n.d.-a). Esto no es un programa certificado, pero sí un programa voluntario que garantiza personal cualificado, incluyendo el acceso de *SLPA* a la comunidad profesional de *ASHA*, y a recursos que provean acuerdos individuales que se puedan adherir a todos los Estados aplicables y a los estándares de *ASHA*.

Prestación de servicios

Algunas de las incomodidades expresadas por las entrevistadas respecto a lo que puede ser la prestación de servicios por Terapeutas de Habla y Lenguaje en el área de disfagia fue el hecho de que en su bachillerato estos profesionales no obtienen la preparación adecuada en problemas de tragado. Otra incomodidad es la posibilidad de que no se especifique la delimitación respecto a las tareas que podrían realizar. En Puerto Rico no está permitida la prestación de servicios de disfagia por Terapeutas de Habla, de igual manera no todos los Estados en Australia utilizan personal de apoyo con formación especializada en el campo de la patología del habla-lenguaje. O'Brien y colegas (2013), realizaron un estudio en el que participaron ocho PHL en *New South Wales*, un estado rural que no utilizan personal de apoyo en la prestación de servicios *SLP*. Se recogieron las opiniones de los participantes respecto al uso de los auxiliares de la salud (*AHA*).

Los Asistentes Aliados de Salud (*AHA*) son personal de apoyo que no necesariamente tiene capacitación especializada en el campo de intervención del habla y del lenguaje, aunque algunos pueden tener formación o experiencia. En general los comentarios de los participantes se dividieron por la mitad con cuatro *SLP* que ven el uso de *AHA* de manera positiva, mientras que los cuatro restantes *SLP* tenía dudas sobre el uso de *AHA*. Una de las principales preocupaciones profesionales de los *SLP* en este estudio correspondió a una percepción malentendida del rol de *SLP* desde la perspectiva de los empleados, administradores y la comunidad. Los participantes temían que este malentendido podría conducir a confusión con respecto a los límites del papel de *SLP* y *AHA*. Para abordar esta preocupación, O' Brien y colegas (2013) recalcan la necesidad de una definición clara del alcance de un ayudante frente a la de un *SLP*. A pesar de esta preocupación, la mayoría de los participantes indican que el uso de *AHA* podría mejorar los servicios *SLP* permitiendo un aumento en la cantidad y tipo de servicio prestado. Los participantes también reportaron preocupaciones organizativas, incluyendo preocupaciones sobre el entrenamiento recibido por los *AHA* en programas de preparación subgraduado. Todos los participantes sugirieron que la supervisión directa, sería necesaria para asegurar el uso efectivo de *AHA*. Algunos participantes opinaron que el uso de *AHA* disminuiría la disponibilidad de *SLP* por el tiempo necesario para la formación y supervisión. Además, algunos sugirieron que el uso de *AHA* daría lugar a la menor calidad de servicio y resultados del paciente en general. En general, los participantes que habían trabajado previamente con *AHA* fueron más abiertos a la utilización de asistentes y se sentían cómodos al delegar una cantidad más amplia de tareas.

Los investigadores señalaron que los participantes que tenían poca o ninguna experiencia anterior con *AHA* eran más propensos a tener opiniones negativas sobre su uso. Los investigadores sugirieron que las percepciones positivas de los *AHA* se pueden facilitar con una clara delineación de los roles y responsabilidades de los asistentes.

Tareas realizadas fuera del “*scope of practice*”

Cinco de las seis entrevistados expresaron conocer de casos en que Terapeutas de Habla y Lenguaje hayan brindado servicios en el área de disfagia en Puerto Rico. Estos servicios de disfagia están fuera de su ámbito de práctica y son servicios para la cual no están entrenados. Stute y colegas (2014), en Australia evaluaron el uso de *AHA*, incluyendo aquellos asignados a ayudar en la disciplina de patología del habla-lenguaje. Según los investigadores, los *AHA* en Australia trabajan bajo la supervisión y delegación de los profesionales aliados de salud (*AHP*), los cuales se clasifican como Patólogos de Habla. Stute y colegas (2014) procuraron evaluar a los *AHA* en una variedad de configuraciones y disciplinas. Nuevas posiciones de *AHA* fueron puestas en ejecución en una variedad de ubicaciones y luego auditadas seis meses después de la implementación. Esto incluye dos posiciones de *AHA* auditadas en patología del habla, así como posiciones de *AHA* en otras disciplinas como terapia ocupacional, trabajo social, fisioterapia, y otras. En el estudio se revisaron documentos relacionados con los derechos de los *AHA*, se llevó a cabo observación directa y entrevistas a estos profesionales y sus supervisores. Los investigadores encontraron que algunos *AHA* realizaban funciones que no están en la descripción de su rol. Un pequeño número de *AHA* también realizaba tareas para las cuales no fueron adecuadamente entrenados. Estos supervisores citaron preocupaciones acerca de la insuficiente experiencia, habilidad y conocimiento de los *AHA*.

Importancia de la Supervisión y Entrenamiento

Todas las entrevistadas recalcaron que entre los requisitos que se deben cumplir para que los Terapeutas de Habla y Lenguaje brinden servicios de disfagia en un futuro se incluyen la adecuada supervisión y entrenamiento. En Estados Unidos la importancia de entrenamiento adecuado y supervisión es cardinal para las recomendaciones más recientes de *ASHA*, respecto a los *SLPA* (*ASHA*, 2013). Boyle y sus colegas (2009), sugirieron que los asistentes con una formación adecuada pueden ser efectivamente suplentes para *SLP* sólo en el tratamiento de los niños que no requieren de tratamiento especializado, como los que participaron en su estudio (es decir estudiantes 6-11 con debilitación de la lengua primaria de la edad). Dickson y sus colegas en (2009), sugirieron que no solo los asistentes con entrenamiento apropiado y supervisión pueden ser usados efectivamente, sino que también su uso puede permitir una solución costo efectiva para la provisión de servicios a niños con desordenes de lenguaje primario.

Tareas delegadas a los Asistentes de Patología de Habla

Las Patólogas de habla y Lenguaje de manera global delegarían al Terapeuta de Habla y Lenguaje; ejercicios de mecanismo oro motor, área sensorial, estrategias compensatorias, etapa preparatoria oral, educación a los padres, y exposición de texturas o alimentos que sean permitidos. En otros países delegan tareas relacionadas al área de disfagia a profesionales no entrenados en el área. Pullenayegum, S., Fielding, B., Du Plessis, E., & Peate, I. (2005), describieron el uso de los asistentes de rehabilitación (*RAs*) en Inglaterra, en este país los Asistentes de Rehabilitación pueden brindar servicios en el área de disfagia. Sharma, Ward, Burns, Theodoros & Russell (2012), en Australia describieron el uso de Asistentes aliados de salud, como asistentes durante la evaluación de la disfagia mediante

telerehabilitación. El propósito del estudio fue estudiar los efectos de la formación de habilidades y competencias de un *AHA* durante 31 diferentes telerehabilitaciones de evaluaciones a personas con disfagia. En Resumen, las tareas que le fueron delegadas al asistente fueron; ayudar con la configuración de equipo, facilitar el posicionamiento adecuado del paciente y ayudar al paciente en la realización de las tareas de evaluación (por ejemplo, ciertas tareas del mecanismo oro motor, tareas de trágado de alimento y líquido), mientras que el Patólogo de Habla proporciona direcciones en línea por videoconferencia. Un segundo Patólogo de Habla estuvo presente para evaluar al paciente cara a cara. Al *AHA* le fue proporcionada una formación antes de la sesión y los Patólogos le brindaron comentarios durante el curso de la evaluación. Los investigadores informaron que los Patólogos de Habla que observaron los servicios de los *AHA* clasificaron a estos profesionales como competentes al llevar a cabo las tareas requeridas durante la evaluación en disfagia.

Falta de profesionales en el campo de Patología de Habla y Lenguaje

Uno de los aspectos resultantes de la entrevista fue el hecho de que en Puerto Rico no existen suficientes profesionales en el campo de Patología de Habla y Lenguaje. Según O'Brien y colegas (2013), Australia es otro país que se enfrenta ante la escasez Nacional de *SLP*, que se prevé tendrá un impacto significativamente negativo en aquellos necesitando servicios en localizaciones rurales. El riesgo de no contar con los servicios por falta de personal calificado, puede conllevar a que profesionales no preparados brinden servicios en las áreas necesitadas. Esta situación no solo ocurre en países fuera de Estados Unidos. Estados Unidos evidencia falta de Patólogos de Habla y Lenguaje calificados. Se posiciona a los Patólogos de Habla y Lenguaje como uno de los 14 campos en educación con

considerable falta de profesionales (*American Association for Employment in Education*, 2008). La data de membresía de *ASHA* en 2014, indica que el 48% de los Patólogos de Habla trabajando en escuelas indicaron que hubo más cantidad de nuevas plazas de trabajo que solicitudes de empleo, (*ASHA*, 2015). En 2013, el 28% de los Patólogos de Habla que trabajaban en plazas relacionadas a cuidado de salud, indicaron que hubo más plazas abiertas que Patólogos de Habla y Lenguaje buscando empleo (*ASHA*, 2015). McCartney y sus colegas (2005), expresaron que el uso de asistentes de Patología de Habla y Lenguaje en Reino Unido va en aumento debido a la falta de Patólogos de Habla y Lenguaje. La discusión de la expansión del ámbito de aplicación de los Patólogos del Habla ha sido discutida como una manera de mitigar la falta de estos profesionales.

Implicaciones de Resultados

En Puerto Rico se está evidenciando la prestación de servicios en el área de disfagia por Terapeutas de Habla y Lenguaje. Esto implica que hay una necesidad latente de regular, y legislar por la correcta prestación de servicios y penalización de profesionales que incumplen con los límites expuestos en su ámbito de práctica clínica. Sin embargo, con la debida preparación académica, regulación de la profesión, establecimiento de límites entre las tareas a delegarse, adecuado entrenamiento y supervisión directa, se puede visualizar en un futuro la prestación de servicios por Terapeutas de Habla y Lenguaje en el área de disfagia.

Aportación a la profesión

La investigación establece una base para lo que puede ser en un futuro la prestación de servicios por Terapeutas de Habla y Lenguaje en el área de disfagia.

Las entrevistadas expresaron los requisitos que según ellas se deben cumplir para que esto ocurra en un futuro. Expusieron su punto de vista sobre lo que sería actualmente la inclusión de estos profesionales en el campo de disfagia. Además tuvieron la oportunidad de narrar casos (de los que han tenido conocimiento) donde Terapeutas de Habla y Lenguaje hayan brindado servicios en el área de disfagia en Puerto Rico. Los casos narrados por las entrevistadas exponen claramente la realidad de lo que está ocurriendo en este campo de la profesión de Patología de Habla y Lenguaje. A través del conocimiento de estos casos puede surgir el interés por gestionar que se regule y penalice a los profesionales del Habla y Lenguaje que realizan tratamientos en un área para la cual no están preparados. A través de los resultados de la investigación pueden surgir recomendaciones para enmendar el ejercicio de la profesión en pacientes con disfagia.

Próximos estudios

En futuras investigaciones se puede estudiar la postura de los Terapeutas de Habla y Lenguaje sobre la posibilidad de que en un futuro brinden servicios en el área de disfagia. Conocer su interés por la población de pacientes con disfagia, conocer su interés por tomar cursos de disfagia durante el bachillerato, investigar sobre las experiencias con pacientes de disfagia a las que se han expuesto ellos u otros Terapeutas de Habla y Lenguaje. Y de manera general conocer la percepción que tienen estos profesionales sobre el hecho de que actualmente no toman cursos en el área de disfagia ni pueden brindar tratamientos a esta población.

Anejo A



Sistema Universitario Ana G. Méndez

Universidad del Turabo

Gurabo

Escuela de Ciencias de la Salud

Información para participar en un estudio/investigación

Hoja Informativa

Percepción de Patólogos de Habla y Lenguaje sobre prestación de servicios por Terapeutas de Habla y Lenguaje en el área de disfagia.

Wilmarie De Jesús Rodríguez (IP)/ María A. Centeno (Co-Investigadora), le invita a formar parte de una *investigación*. El propósito de esta *investigación* es conocer la percepción de los Patólogos de Habla y Lenguaje sobre la prestación de servicios en el área de disfagia por parte de Terapeutas de Habla y Lenguaje. Su participación en esta *investigación* consiste en responder preguntas relacionadas al tema de investigación. Le tomará aproximadamente 30 minutos, participar de esta *investigación*.

Riesgos e Incomodidad

Existe algún riesgo e incomodidad que pueda resultar de participar en esta investigación. Algunos de los posibles riesgos para los participantes pueden incluir cansancio, aburrimiento, y estrés, ya que la entrevista puede restarle al tiempo de sus ejecuciones y tareas diarias. Los participantes también podrían preocuparse por no saber qué contestar o ser juzgados por sus respuestas.

Se tomaron acciones con propósito de asegurar el bienestar de los participantes y para disminuir la preocupación durante el proceso de entrevista. Estas acciones incluyen: el derecho de dejar de participar o de no contestar alguna pregunta, si así lo desearan las participantes, apertura mental y transparencia de parte del investigador.

Posibles Beneficios

Las participantes de este estudio tendrán la oportunidad de compartir su percepción sobre la prestación de servicios por parte de los Terapeutas del Habla y Lenguaje en el área de disfagia. Los participantes se basaran en su experiencia y conocimientos como profesionales en el campo de Patología del Habla y Lenguaje para exponer su postura respecto al tema. Los participantes formaran parte de un pequeño grupo de personas que podrá exponer sus inquietudes, pensamientos, y perspectiva sobre un tema relacionado a la profesión que ejercen.

Protección de la Privacidad y Confidencialidad

Toda información relacionada a su identidad será manejada de manera privada y confidencial y será protegida en todo momento. Bajo ninguna circunstancia se compartirá información del participante con terceros. Los datos recopilados se guardarán en un lugar privado, seguro y bajo llave. Cualquier documento recopilado será almacenado en un armario bajo llave en la casa de la investigadora por un periodo de cinco (5) años.

Los mismos estarán bajo la tutela del investigador principal (Wilmarie De Jesús Rodríguez). La confidencialidad de los participantes está garantizada ya que no se divulgará la identidad de los mismos.

Decisión sobre su participación en este estudio Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted tiene todo el derecho de decidir participar o no de este estudio. Si usted decide participar en este estudio tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin penalidad alguna.

Información contacto

Si usted tiene alguna duda o inquietud correspondiente a este estudio de investigación o si surge alguna situación durante el periodo de estudio, por favor contacte a Wilmarie De Jesús Rodríguez, wde62@email.suagm.edu (email), 939-881-3946 (número de teléfono). Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación por favor comuníquese con la Oficina de Cumplimiento en la Investigación del SUAGM al 787-751-3120 o compliance@suagm.edu. Una copia de esta carta informativa le será entregada.

Anejo B

Guía de Preguntas: Percepción de Patólogos de Habla y Lenguaje sobre prestación de servicios por Terapeutas de Habla y Lenguaje en el área de disfagia

1. ¿Alguna vez ha brindado servicios a pacientes con disfagia?
2. Si la respuesta anterior es sí; ¿entre que edades fluctúan las edades de los pacientes?
3. ¿Qué tipo de condiciones ha trabajado y cuáles fueron las más frecuentes entre sus pacientes con disfagia?
4. ¿Alguna vez ha supervisado a un Terapeuta del Habla en la prestación de servicios a pacientes con disfagia?
5. Si la respuesta es sí; ¿Cómo describe su experiencia como supervisor? ¿Cómo describe la ejecución del Terapeuta del Habla y Lenguaje en el área de disfagia?
6. Si la respuesta es no; ¿Consideraría en algún momento solicitar los servicios suplementarios de un Terapeuta del Habla y Lenguaje para brindar servicios a pacientes con disfagia?
7. ¿Qué tareas respecto al tratamiento de terapias a niños con disfagia delegaría al supervisado?
8. ¿Quién entiende usted que debe brindar tratamientos de disfagia
9. ¿Cómo la prestación de servicios por parte de los terapeutas del habla beneficia o afecta a pacientes con disfagia?
10. ¿Contrataría a un terapeuta del habla como asistente para brindar tratamiento a población de pacientes con disfagia?

11) Entiende que los cursos de bachillerato en terapia del habla deben incluir clases sobre disfagia. Explique

12) ¿Que opina de que aún no existe una certificación en los Estados Unidos que regule la profesión de los asistentes de Patología del Habla y Lenguaje?

13) ¿Considera que se debe regular la profesión de los asistentes de Patología de Habla y Lenguaje en Estados Unidos?

14) ¿Conoce de algún caso en que algún Terapeuta de Habla y Lenguaje haya brindado servicios de tratamiento en el área de disfagia?

15) ¿Cuál es su postura sobre la posibilidad de que en un futuro los Terapeutas de Habla y Lenguaje brinden servicios en el área de disfagia?

Referencias

- American Speech-Language-Hearing Association (1993). Orofacial myofunctional disorders: Knowledge and skills, *Asha*, 35 (suppl.10), pp. 21-23
- American Speech-Language-Hearing Association (1990). Knowledge and skills needed by speech-language pathologist providing services to dysphagic patients/clients. *Asha*, 35 (suppl.2), pp. 7-12
- American Speech-Language-Hearing Association (1987). Ad Hoc Committee on Dysphagia Report. *Asha*, 29, 57-58
- American Speech-Language-Hearing Association (1989). Ad Hoc Committee on Labial-Lingual Posturing Function. *Asha*, 31, 92-94
- American Speech-Language-Hearing Association (1989). Ad Hoc Committee on Dysphagia Report, *Asha*, 29, 57-58
- American Speech-Language-Hearing Association (1991). The Role of Speech-Language Pathologist in Assessment and Management of Oral Myofunctional Disorders. *Asha*, 3, (Suppl. 5), 7.
- American Speech-Language-Hearing Association (1993). Preferred practice patterns for the professions of speech-language pathology and audiology. *ASHA, Supplement to march*, 35, (3).

American Speech-Language-Hearing Association (1997). Graduate curriculum on swallowing and swallowing disorders (Adult and pediatric Dysphagia). *Asha Desk Reference*, vol. 3, 248-248n.

American Association for Employment in Education. (2008). 2008 Executive Summary. Educator Supply and Demand in the United States. Available at <http://www.aace.org>.

American Speech- Language-Hearing Association. (2013). Speech-language pathology assistant scope of practice [Scope of Practice]. Available from www.asha.org/policy

Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición. (2010r). Código de Ética. Disponible en www.asha.org/policy.

ASHA Task Force on Support Personnel (2007). Guidelines for the Training, use and supervision of Speech- Language Pathology

Boyle, J., McCartney, E., Forbes, J., & O'Hare, A. (2007). A randomised controlled trial and economic evaluation of direct versus indirect and individual versus group modes of speech and language therapy for children with primary language impairment. *Health Technology Assessment*, 11(25), 1–139.

Bascuñana, H. (2003). Tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Rehabilitación*, 37(1), 40-54.

Brookshire, R. (2007). *Introduction to Neurogenic Communication Disorders* [7ma Ed.] Missouri, E.U.: Mosby Elsevier.

Camarero, E. (2009). Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 2(2), 66-78.

Clavé, P. (2004). Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea. *Revista Española de enfermedades digestivas*, 96(2), 119-131.

Comité Ad Hoc, (2005) Guía de Funciones y Responsabilidades del PHL supervisor y THL supervisado. *OPPHLA*, 3-10.

Dilollo, A. & Wolter, J. (2004). *Qualitative Research in Communication Disorders*. ASHA Leader.

Eisenstadt, E. (2010). Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *Journal of the American of Nurse Practitioners*, 22 (1), 17-22. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00470.x

Heath, A. (1997). The Proposal in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 3,1, Recuperado de: <http://nova.edu/ssss/QR/QR3-1/heath.html>.

Hill, M. (2004). Tratamiento para las dificultades de la deglución (disfagia) en enfermedades musculares crónicas. *The Cochrane Collaborations*, (4).

Ley para Reglamentar el Ejercicio de las Profesiones de Patología del Habla-Lenguaje, 82 Audiología y Terapia del Habla-Lenguaje en Puerto Rico Ley Núm. 77 del 3 de junio de 1983, según enmendada. Recuperado de: <http://www.lexjuris.com>.

Logemann, J. (1998). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. Austin Texas:

Pro- Ed Inc., (2).

López, R. (2014). Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad

cerebrovascular. *Revista Neurológica*, 58 (6), 259-267

Nazar, G. (2009). Evaluación y Manejo Integral de la disfagia oro faríngea.

REV. MED. CLIN. CONDES, 20(4) 449 – 457.

O'Brien, R., Byrne, N., Mitchell, R., & Ferguson, A. (2013). Rural speech-language

pathologists' perceptions of working with allied health assistants. *International Journal of Speech-Language Pathology*, Early Online, 1–10.

Ostergreen, J. & Aguilar, S. (2012). A Survey of Speech-Language Pathology Assistants

(SLPAs) in California: Current Trends in Demographics, Employment, Supervision, and Training. *Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders*, 39, 121–136.

Ostergreen, J. & Aguilar, S. (2015). Speech-Language Pathology Assistant Supervisor

Survey. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorder*, 42, 226-245.

Ostergreen, J. (2012). Bachelor's-Level Speech-Language Pathology Assistants in

California: A Clinical Practicum Course. *Contemporary Issues in Communication Science's and Disorders*, 39, 1–11.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* (3rd ed.). Newbury

83 Park, CA: Sage.

Ramritu, P., Finlayson K., Mitchell A., & Croft, G. (2000). Identification and Nursing

Management of Dysphagia in Individuals with Neurological Impairment. *The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; Systematic Review*, (8).

Robinson, T. L., Jr. (2010). Associates in ASHA: A new initiative. *The ASHA Leader*.

Sharma, S., Ward, E., Burns, C., Theodoros, D., & Russell, T. (2012). Training the allied health assistant for the telerehabilitation assessment of dysphagia. *Journal of*

Telemedicine and Telecare, 18(5), 287–291.

Stute, M., Hurwood, A., Hulcombe, J., & Kulpers, P. (2014). Pilot implementation of allied

health roles within publicly funded health services in Queensland, Australia: Results of a workplace audit. *BMC Health Services Research*, 14, 258.

Ward, E. C., Sharma, S., Burns, C., Theodoros, D., & Russell, T. (2012). Validity of

conducting clinical dysphagia assessments for patients with normal to mild cognitive impairments via telerehabilitation. *Dysphagia*, 4, 460–72.

World Health Organization and the World Bank. (2011). *World report on disability*.

Geneva: World Health Organization. Available online at www.who.int

