



# **Evaluación y manejo de la disfagia orofaríngea en adultos mayores en Costa Rica.**

**Estudio colaborativo UCM-UIA-Asociación Casa de España**

Memoria de estancia internacional

Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Experimental, Procesos Cognitivos y Logopedia

Estancia realizada en la Universidad Internacional de Las Américas (San José, Costa Rica)

Periodo de estancia: 4 de septiembre de 2025 - 23 de diciembre de 2025

Autor: Dr. Guzmán Pisón del Real

Madrid-San José, abril de 2026

## Agradecimientos

Este proyecto no habría sido posible sin el valioso apoyo y la generosa colaboración de numerosas personas e instituciones.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Internacional de Las Américas (UIA), en San José de Costa Rica, por acoger esta estancia internacional y por abrir sus puertas a la cooperación académica con la Universidad Complutense de Madrid.

De manera especial, deseo agradecer a las siguientes personas que hicieron posible la preparación, integración y desarrollo exitoso del proyecto: Dña. Ifigenia Scorza Agüero (Gerente de Innovación y Calidad Universitaria, D. Daniel Jiménez Cavallini (Director de Internacionales), Dña. Paola Solano Vargas (Coordinadora y analista de Investigación), Dra. Bárbara del Rosario Trelles Cacín (Coordinadora de Investigación y Extensión Social de la carrera de Medicina), Dra. Coralia Gómez Mendoza (Docente extensionista del proyecto y Coordinadora de Campos Clínicos), Dña. Adriana Luna Canales (Editora), Dña. Cinthia González González (Analista de Investigación), Dña. Zarina Villanueva Saborío (Analista de Extensión) y a D. Jaime Blanco Rodríguez (Coordinador de Internacionales) por su valioso apoyo durante la realización del proyecto. Su calurosa acogida, disponibilidad y compromiso durante la estancia fueron fundamentales para alinear objetivos, revisar el proyecto y facilitar el acceso a las instalaciones y recursos necesarios.

Asimismo, extiendo mi gratitud a todo el equipo de la Asociación Casa España y de la Residencia Casa España, cuyo apoyo permitió la expansión del conocimiento a los adultos mayores y la realización de las valoraciones. Especialmente agradezco la colaboración de Dña. María del Carmen Mateos Velasco (Presidenta Asociación Casa de España y Residencia

Geriátrica San José), a Dña. Victoria Jirón Muñoz, Dña. Victoria Eugenia Muñoz Borge y a D. Orlando (Director de la Residencia Geriátrica de Casa de España).

Finalmente, quiero agradecer a los estudiantes de Medicina y Odontología de la UIA por su entusiasta participación, y a todos los adultos mayores y sus familias que generosamente colaboraron en este estudio, permitiéndonos avanzar en el conocimiento y la atención de la disfagia orofaríngea en el contexto costarricense. Sin su colaboración y generosidad este proyecto no habría sido posible.

## Resumen

La presente memoria recoge los resultados clínicos, docentes e investigadores derivados de una estancia internacional de investigación desarrollada entre la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y la Universidad Internacional de Las Américas (UIA), con actividades en la asociación y residencia Casa España de San José, Costa Rica. El propósito central fue fortalecer la detección precoz y el manejo inicial de la disfagia orofaríngea en personas adultas mayores, así como contribuir a la formación interdisciplinaria de estudiantes y profesionales sanitarios en un contexto con envejecimiento poblacional acelerado y limitada disponibilidad de protocolos específicos de cribado.

Se desarrolló un estudio observacional descriptivo de corte transversal con enfoque mixto y finalidad aplicada. Se analizaron tres componentes: (a) una muestra clínica de 49 adultos mayores evaluados mediante un cuestionario estructurado de riesgo de disfagia; (b) una submuestra odontológica de 14 pacientes valorados con exploración estomatognática funcional; y (c) un cuestionario basal administrado a 28 estudiantes de Medicina y Odontología de la UIA antes de la intervención formativa. En la muestra geriátrica, el 87.8 % presentó al menos un signo clínico compatible con alteración de la deglución y el 55.1 % acumuló tres o más indicadores simultáneos. Los signos más frecuentes fueron rechazo de la ingesta (59.2 %), dificultad para eliminar restos alimentarios de la boca (51.0 %), dificultad masticatoria (40.8 %) y tos durante la alimentación (40.8 %). En la submuestra odontológica se observó residuo oral en el 92.9 %, xerostomía al menos ocasional en el 71.4 % y alteraciones periodontales en el 57.1 %. En la muestra estudiantil, el 71.4 % refirió no haber recibido formación específica sobre disfagia y el 92.9 % desconocía herramientas de cribado clínico.

Los hallazgos ponen de manifiesto una elevada frecuencia de signos clínicos compatibles con disfagia orofaríngea en la población mayor evaluada, importancia de la salud oral y de la función masticatoria en la identificación precoz del riesgo y se evidencia una brecha formativa en estudiantes sanitarios. El proyecto confirma la pertinencia de implementar estrategias interdisciplinarias de cribado, formación y transferencia de conocimiento adaptadas al contexto costarricense.

Palabras clave: disfagia orofaríngea, adulto mayor, institucionalización, salud oral, fragilidad, cribado clínico, estancia internacional.

## Abstract

This report presents the clinical, teaching, and research outcomes of an international research stay jointly developed by Universidad Complutense de Madrid and Universidad Internacional de Las Américas, with field activities conducted at Casa España in San José, Costa Rica. The main aim was to strengthen early detection and initial management of oropharyngeal dysphagia in older adults, while also enhancing interdisciplinary training for healthcare students and professionals in a rapidly ageing context with limited structured screening pathways.

A cross-sectional descriptive study with a mixed and applied approach was conducted. Three components were analyzed: (a) a clinical sample of 49 older adults screened using a structured dysphagia risk questionnaire; (b) an oral-health subsample of 14 participants assessed through functional stomatognathic examination; and (c) a baseline questionnaire completed by 28 medical and dentistry students before the training intervention. In the geriatric sample, 87.8% showed at least one clinical sign compatible with swallowing impairment and 55.1% accumulated three or more indicators. The most frequent signs were food refusal (59.2%), difficulty clearing oral residue (51.0%), chewing impairment (40.8%), and coughing during feeding (40.8%). In the oral-health subsample, oral residue was found in 92.9%, xerostomia at least occasionally in 71.4%, and periodontal alterations in 57.1%. In the student sample, 71.4% reported no prior specific training in dysphagia and 92.9% were unfamiliar with clinical screening tools.

Findings show a high frequency of clinical signs compatible with oropharyngeal dysphagia among the institutionalized older adults assessed, support the relevance of oral health and mastication in early risk identification, and highlight a training gap among healthcare

students. The project supports the implementation of interdisciplinary screening, training, and knowledge-transfer strategies adapted to the Costa Rican context.

Keywords: oropharyngeal dysphagia, older adults, institutional care, oral health, frailty, clinical screening, international research stay.

## Tabla de contenido

1.	Datos generales del proyecto . . . . .	pág. 10
2.	Introducción . . . . .	pág. 11
3.	Justificación y planteamiento el problema . . . . .	pág. 13
4.	Objetivos e hipótesis . . . . .	pág. 15
	4.1. Objetivo general . . . . .	pág. 15
	4.2. Objetivos específicos . . . . .	pág. 15
	4.3. Hipótesis de trabajo . . . . .	pág. 15
5.	Procedimiento y fases de la estancia . . . . .	pág. 17
6.	Marco teórico . . . . .	pág. 19
	6.1. Envejecimiento poblacional y transición epidemiológica . . . . .	pág. 19
	6.2. Conceptualización de la disfagia orofaríngea . . . . .	pág. 19
	6.3. Disfagia sarcopénica, fragilidad y fragilidad oral . . . . .	pág. 20
	6.4. Epidemiología y consecuencias clínicas . . . . .	pág. 21
	6.5. Dimensión psicosocial y carga del cuidado . . . . .	pág. 22
	6.6. Abordaje interdisciplinario y contexto costarricense . . . . .	pág. 22
7.	Método. . . . .	pág. 24
	7.1. Diseño del estudio . . . . .	pág. 24
	7.2. Participantes y contexto . . . . .	pág. 24

7.3. Instrumentos . . . . .	pág. 25
7.4. Procedimiento de recogida de datos . . . . .	pág. 26
7.5. Estrategia de análisis . . . . .	pág. 26
8. Resultados . . . . .	pág. 28
8.1. Resultados clínicos en adultos mayores . . . . .	pág. 28
8.2. Resultados de la submuestra odontológica . . . . .	pág. 31
8.3. Resultados del cuestionario en estudiantes . . . . .	pág. 33
9. Discusión . . . . .	pág. 35
10. Conclusiones . . . . .	pág. 37
11. Impacto académico y transferencia de conocimiento . . . . .	pág. 41
12. Limitaciones . . . . .	pág. 42
13. Líneas futuras de investigación . . . . .	pág. 43
14. Consideraciones éticas . . . . .	pág. 45
Referencias bibliográficas . . . . .	pág. 45

## **1. Datos generales del proyecto**

Investigador principal de la estancia: Dr. Guzmán Pisón del Real, profesor ayudante doctor del Departamento de Psicología Experimental, Procesos Cognitivos y Logopedia de la Universidad Complutense de Madrid.

Institución de destino: Universidad Internacional de Las Américas (UIA), San José, Costa Rica.

Periodo de realización: del 4 de septiembre de 2025 al 23 de diciembre de 2025.

Naturaleza de la estancia: investigación aplicada, transferencia de conocimiento, docencia especializada y valoración clínica en el ámbito de la disfagia orofaríngea en población adulta mayor.

Centros colaboradores: Universidad Internacional de Las Américas, Casa España (asociación) y residencia Casa España.

Propósito institucional: favorecer la cooperación académica internacional entre la UCM y la UIA, fortalecer la formación interdisciplinaria en Logopedia, Medicina y Odontología geriátrica, y generar evidencia preliminar transferible al contexto costarricense.

## 2. Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos sanitarios del siglo XXI debido al aumento sostenido de la esperanza de vida y a la disminución de la fecundidad en numerosos países. Este fenómeno se acompaña de una transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas, multimorbilidad, fragilidad y síndromes geriátricos complejos, entre los que la disfagia orofaríngea ocupa un lugar prioritario por su impacto clínico, funcional y socioeconómico (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division [UN DESA], 2024; World Health Organization [WHO], 2021).

Costa Rica presenta uno de los procesos de envejecimiento más acelerados de América Latina. La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033 subraya la necesidad de fortalecer la prevención, la atención integral y la respuesta interdisciplinaria ante las necesidades crecientes de la población mayor (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM], 2023). En paralelo, España ofrece un entorno comparativo útil por su mayor tradición en el abordaje clínico y académico de la disfagia, lo que convierte la cooperación UCM-UIA en una oportunidad estratégica para la transferencia de herramientas de evaluación, docencia y manejo inicial.

La disfagia orofaríngea es un trastorno de la deglución que compromete la seguridad y/o la eficacia del paso del bolo desde la cavidad oral al esófago. Sus repercusiones incluyen malnutrición, deshidratación, neumonía aspirativa, deterioro de la calidad de vida, institucionalización y mortalidad (Clavé & Shaker, 2015; Ortega et al., 2017). A pesar de ello, continúa infradiagnosticada, especialmente en entornos con escasos protocolos de cribado, baja disponibilidad de logopedia geriátrica y limitada formación específica en los currículos sanitarios (Baijens et al., 2016; Doan et al., 2022).

La estancia internacional que da origen a esta memoria se concibió como una iniciativa de investigación aplicada y cooperación académica destinada a integrar evaluación clínica, valoración odontológica, formación de estudiantes y transferencia de conocimiento. El documento resultante busca ofrecer una versión amplia, rigurosa y estructurada del proyecto, integrando el texto original con las mejoras sucesivas desarrolladas durante el proceso de revisión metodológica, analítica y bibliográfica.

### 3. Justificación y planteamiento del problema

La justificación del proyecto se sostiene sobre cuatro ejes complementarios: el cambio demográfico, la relevancia clínica de la disfagia, la necesidad de fortalecer la formación interdisciplinaria y el potencial transformador de la cooperación internacional.

En primer lugar, el envejecimiento acelerado de Costa Rica incrementa la probabilidad de encontrar afectación geriátrica en aspectos multifactoriales, especialmente aquellos que están estrechamente vinculados con la fragilidad, la dependencia y la multimorbilidad. La disfagia orofaríngea se inserta en este panorama como una condición altamente prevalente y, a la vez, subdetectada. Meta-análisis recientes señalan que la disfagia afecta aproximadamente a un tercio de las personas mayores de la sociedad, a cerca de la mitad de la población geriátrica hospitalizada y a más de la mitad de los residentes de instituciones de larga estancia, aunque la estimación varía según la herramienta de evaluación utilizada (Banda et al., 2022; Doan et al., 2022; Rivalsrud et al., 2023).

En segundo lugar, la literatura científica ha documentado de manera consistente que la disfagia se asocia con un mayor riesgo de neumonía aspirativa, malnutrición, deshidratación y mortalidad. Almirall et al. (2013) demostraron que la disfagia orofaríngea constituye un factor de riesgo de neumonía adquirida en la comunidad en personas mayores, mientras que Cabré et al. (2010) identificaron implicaciones pronósticas relevantes en ancianos hospitalizados por neumonía. A nivel funcional, la dificultad para masticar, manejar el bolo y proteger la vía aérea repercute sobre la autonomía, el disfrute de la alimentación y la participación social.

En tercer lugar, la salud oral desempeña un papel central en la fase oral de la deglución. El edentulismo, las prótesis desadaptadas, la xerostomía, el deterioro periodontal y la fragilidad oral se relacionan con patrones masticatorios ineficientes, residuos orales y mayor vulnerabilidad

a la aspiración (Tanaka et al., 2018; Van der Maarel-Wierink et al., 2013). En este sentido, el proyecto tenía un valor añadido claro al incorporar una submuestra odontológica y al trabajar con estudiantes de Medicina y Odontología de manera integrada.

En cuarto lugar, la revisión de necesidades docentes realizada durante la estancia mostró que el tema ocupa todavía un espacio marginal en la formación sanitaria de pregrado. El cuestionario aplicado a estudiantes reflejó conocimiento conceptual básico, pero lagunas importantes en herramientas de cribado, diferenciación clínica y abordaje interdisciplinario. Esta brecha es especialmente relevante en países donde la red de especialistas en deglución es todavía limitada y donde el personal generalista y los cuidadores cumplen un rol decisivo en la detección precoz.

Por todo lo anterior, el problema de investigación puede formularse del siguiente modo: en un contexto costarricense caracterizado por envejecimiento acelerado, recursos especializados fragmentados y escasa formación curricular en disfagia, ¿cuál es la frecuencia de signos clínicos compatibles con alteración de la deglución en adultos mayores institucionalizados y qué aportes específicos puede realizar una intervención interdisciplinaria que combine cribado clínico, valoración oral y transferencia de conocimiento?

## **4. Objetivos e hipótesis**

### **4.1. Objetivo general**

Evaluar la frecuencia de signos clínicos compatibles con disfagia orofaríngea en población adulta mayor en Costa Rica e implementar actividades de formación interdisciplinaria en el marco de cooperación académica entre la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad Internacional de Las Américas.

### **4.2. Objetivos específicos**

Identificar signos clínicos compatibles con disfagia orofaríngea en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados vinculados a la Asociación de Beneficencia Casa España.

Describir factores orales y funcionales asociados a la fase oral de la deglución mediante valoración odontológica en una submuestra de pacientes.

Analizar el comportamiento psicométrico y descriptivo del cuestionario clínico utilizado como índice global de riesgo.

Explorar el nivel basal de conocimientos sobre disfagia en estudiantes de Medicina y Odontología de la UIA antes de recibir formación específica.

Desarrollar actividades de docencia y transferencia de conocimiento sobre detección y manejo inicial de la disfagia en contextos geriátricos.

Generar evidencia preliminar para futuras líneas de investigación multicéntrica y para el diseño de protocolos adaptados al contexto costarricense.

### **4.3. Hipótesis de trabajo**

Dado el carácter exploratorio y aplicado de la estancia, se formularon hipótesis de trabajo no experimentales: (a) la población adulta mayor institucionalizada presentaría una elevada frecuencia de signos clínicos compatibles con disfagia; (b) la submuestra odontológica mostraría una carga relevante de alteraciones orales asociadas a la fase oral de la deglución; y (c) los estudiantes sanitarios presentarían un conocimiento basal limitado en cribado y manejo de disfagia, junto con una alta disposición a recibir capacitación específica.

## 5. Procedimiento y fases de la estancia

La estancia se organizó en cinco fases para maximizar la integración institucional y el impacto clínico-docente.

Fase 1. Preparación e integración (semanas 1-2, septiembre de 2025). Se realizaron reuniones iniciales con el equipo de investigación y extensión social de la UIA para alinear objetivos, revisar procedimientos, adaptar los materiales de trabajo y coordinar el acceso a los centros colaboradores. El 9 de septiembre de 2025 se presentó formalmente el proyecto al grupo de investigación de la UIA, con participación de personal de investigación, extensión social, campos clínicos y edición académica.

Fase 2. Formación y docencia (octubre y noviembre de 2025). Se impartieron seminarios y talleres dirigidos a estudiantes y profesionales en formación de Medicina y Odontología. Según el registro institucional, se realizaron al menos tres seminarios formales -uno en línea el 21 de octubre y dos presenciales en noviembre- además de talleres específicos en Casa España y en la residencia asociada. Estas actividades se centraron en el reconocimiento de signos de alarma, el uso de espesantes, la observación clínica de la deglución y la importancia del abordaje multidisciplinario.

Fase 3. Evaluación clínica e investigación (octubre y noviembre de 2025). Se efectuó la recogida de datos clínicos en adultos mayores y la valoración odontológica funcional en una submuestra de casos. El trabajo se desarrolló en colaboración con la clínica odontológica de la UIA, el personal de enfermería y el personal del comedor/residencia, lo que permitió registrar tanto observaciones durante la alimentación como variables estomatognáticas relevantes.

Fase 4. Organización y análisis de datos (diciembre de 2025). Se sistematizó la información, se revisó la consistencia de la base de datos, se generaron análisis descriptivos y se elaboró una primera interpretación clínica y docente de los hallazgos.

Fase 5. Cierre y transferencia (diciembre de 2025 y proyección 2026). Se compartieron resultados preliminares, se plantearon líneas de continuidad y se inició la elaboración de la memoria final. Durante todo el periodo se mantuvieron reuniones de coordinación, especialmente en septiembre, octubre y diciembre, lo que permitió ajustar la intervención a las necesidades observadas.

## **6. Marco teórico**

### **6.1. Envejecimiento poblacional y transición epidemiológica**

La transición demográfica se ha convertido en un determinante estructural de la planificación sanitaria. El informe World Population Ageing 2023 de Naciones Unidas subraya que la población mayor de 65 años continuará creciendo de forma sostenida y que el envejecimiento plantea simultáneamente desafíos y oportunidades para los sistemas de salud, protección social y cuidados (UN DESA, 2024). En España, el proceso está ampliamente consolidado (INEC, 2024; INE, 2025); en Costa Rica, aun con porcentajes menores, la velocidad del cambio demográfico es especialmente relevante, lo que exige respuestas tempranas y adaptadas al contexto.

La Organización Mundial de la Salud ha situado el envejecimiento saludable y el mantenimiento de la capacidad funcional como ejes estratégicos del Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030 y del enfoque ICOPE (WHO, 2021, 2024); formando parte es esa capacidad funcional la deglución segura y eficaz. Esto se debe a que ésta condiciona la nutrición, la hidratación, la autonomía y la posibilidad de participar en actividades cotidianas tan básicas como comer y beber con seguridad.

### **6.2. Conceptualización de la disfagia orofaríngea**

La disfagia se define como la dificultad para transferir el bolo alimentario desde la cavidad oral hasta el estómago de manera segura y eficaz. En términos clínicos, la disfagia orofaríngea compromete las fases oral y/o faríngea de la deglución y puede expresarse como alteraciones de seguridad -penetración o aspiración- y/o de eficacia -residuos, degluciones

múltiples, fatiga alimentaria o incapacidad para completar adecuadamente la ingesta- (Clavé & Shaker, 2015; Ortega et al., 2017).

En adultos mayores es fundamental diferenciar entre presbifagia, entendida como los cambios fisiológicos del envejecimiento que incrementan la vulnerabilidad del mecanismo deglutorio, y disfagia patológica, asociada a enfermedades neurológicas, musculares, oncológicas, respiratorias o a descompensaciones funcionales (Wakabayashi, 2014). Esta distinción es especialmente útil en contextos clínicos reales, donde los hallazgos rara vez obedecen a una sola causa aislada y suelen responder a la interacción de edad, enfermedad, fragilidad y condiciones del entorno.

### **6.3. Disfagia sarcopénica y fragilidad oral**

La noción de disfagia sarcopénica ha ampliado el campo de comprensión de los trastornos de la deglución en la vejez. Fujishima et al. (2019) propusieron que la pérdida sistémica de masa y fuerza muscular puede afectar también a la musculatura relacionada con la deglución, dando lugar a alteraciones funcionales específicas que requieren rehabilitación combinada con soporte nutricional. Este marco se conecta con la evidencia actual sobre fragilidad, sarcopenia, deterioro funcional y resultados adversos en salud.

De forma paralela, el concepto de fragilidad oral ha permitido integrar alteraciones de la masticación, la fonación, la fuerza lingual, la salivación, la dentición y la deglución dentro de un continuo funcional. Tanaka et al. (2018) demostraron que la acumulación de problemas orales predice fragilidad física y mortalidad en adultos mayores. Iwasaki et al. (2018) y trabajos posteriores han reforzado la idea de que el estado oral no es un elemento periférico, sino un determinante relevante de la capacidad funcional, del estado nutricional y del riesgo de aspiración.

#### 6.4. Epidemiología y consecuencias clínicas

La prevalencia de la disfagia orofaríngea varía según la población estudiada y el instrumento de valoración, pero la tendencia general es consistente: se trata de un problema frecuente y probablemente infraestimado. Banda et al. (2022) hallaron una prevalencia global agrupada del 46 % en personas de 60 años o más, con asociación significativa a neumonía, malnutrición y mortalidad. Doan et al. (2022) estimaron que afecta a alrededor de un tercio de las personas mayores, a casi la mitad de los pacientes geriátricos hospitalizados y a más de la mitad de los residentes en instituciones. Rivelsrud et al. (2023) informaron prevalencias agrupadas del 36.5 % en hospitales, 42.5 % en rehabilitación y 50.2 % en residencias.

Estas cifras deben interpretarse a la luz de la heterogeneidad metodológica. Cuestionarios de autorreporte, observación clínica, herramientas de cribado como EAT-10 o V-VST y procedimientos instrumentales no identifican exactamente el mismo fenómeno. Sin embargo, todas convergen en que la deglución alterada es común, tiene consecuencias severas y suele pasar inadvertida. Clavé y Shaker (2015) ya subrayaban que la mayoría de los pacientes no reciben un diagnóstico temprano ni tratamientos rehabilitadores oportunos, siendo las complicaciones más frecuentes: malnutrición, deshidratación, pérdida de peso, neumonía aspirativa, aumento de la dependencia, prolongación de estancias hospitalarias y mayor mortalidad. Por su parte, Cederholm et al. (2019) recordaron la necesidad de considerar de manera sistemática el riesgo nutricional, mientras que Almirall et al. (2013) y Cabré et al. (2010) mostraron la relevancia de la disfagia como factor de riesgo en neumonía y en el pronóstico desfavorables en ciertos pacientes mayores.

### **6.5. Dimensión psicosocial y carga del cuidado**

La disfagia no es solo un problema biomédico dado que afecta a la experiencia subjetiva de alimentarse, reduce el placer asociado a la comida, restringe la participación social y eleva la ansiedad tanto del paciente como de los cuidadores. Namasivayam-MacDonald y Shune (2018) sintetizaron la evidencia disponible y mostraron que la carga del cuidado aumenta cuando existen dificultades deglutorias, especialmente en contextos con soporte profesional limitado.

En sistemas donde el cuidado familiar o institucional recae en personal no siempre especializado, el reconocimiento de signos clínicos sencillos -tos, voz húmeda, residuos orales, rechazo a determinadas texturas, fatiga alimentaria- puede marcar la diferencia entre una complicación prevenible y una cascada de eventos adversos. De ahí la importancia de diseñar programas, accesibles y basados en evidencia, de formación en prevención y detección temprana de signos y síntomas en el proceso de la alimentación.

### **6.6. Abordaje interdisciplinario y contexto costarricense**

La literatura especializada reconoce el papel complementario de Medicina, Enfermería, Logopedia/Fonoaudiología, Nutrición, Odontología, Psicología y cuidados formales e informales (Baijens et al., 2016; Ortega et al., 2017). Por tanto, el abordaje de la disfagia en personas mayores exige interdisciplinariedad. Así pues, cada disciplina aporta perspectivas necesarias: la valoración clínica, la adaptación de texturas, la rehabilitación deglutoria, el seguimiento nutricional, la corrección de factores orales y la educación al cuidador.

En Costa Rica, la relevancia del problema convive con limitaciones estructurales. CONAPAM (2023) identifica como retos prioritarios el envejecimiento acelerado, la multimorbilidad, la necesidad de atención integrada y el fortalecimiento de la red de apoyo a personas mayores. En ese escenario, la disfagia puede permanecer invisibilizada hasta la

aparición de complicaciones respiratorias o nutricionales. La presente estancia se planteó precisamente como una intervención puente entre la evidencia internacional y las necesidades locales, mediante un modelo de transferencia de conocimiento sensible al contexto.

## **7. Método**

### **7.1. Diseño del estudio**

Se desarrolló un estudio observacional descriptivo de corte transversal con enfoque mixto y finalidad aplicada. El componente cuantitativo incluyó análisis descriptivos y exploratorios sobre indicadores clínicos de riesgo y sobre un cuestionario basal administrado a estudiantes y profesores. El componente cualitativo estuvo representado por las observaciones clínicas realizadas durante la estancia, las reuniones de coordinación y la interpretación contextual de las necesidades detectadas.

El estudio se enmarca dentro de una lógica de investigación-acción aplicada, en la medida en que no se limitó a describir una realidad clínica, sino que articuló evaluación, docencia y transferencia de conocimiento en tiempo real.

### **7.2. Participantes y contexto**

La población de trabajo se distribuyó en tres grupos relacionados pero analíticamente diferenciados.

El grupo clínico geriátrico estuvo compuesto por 49 adultos mayores vinculados a La Asociación Casa España, algunos de ellos residentes en la institución geriátrica asociada. La edad media fue de 84.69 años (DE = 9.41; rango = 58-98). Participaron 32 mujeres (65.3 %) y 17 hombres (34.7 %).

La submuestra odontológica correspondió a 14 adultos mayores del grupo clínico que, además del cribado general, recibieron valoración estomatognática y funcional detallada por parte de Odontología.

El grupo estudiantil/formativo fueron 28 estudiantes de Medicina y Odontología de la UIA aplicándoles a tes de la formación específica un cuestionario basal sobre conocimientos en disfagia.

Los criterios de inclusión en el grupo geriátrico fueron edad igual o superior a 65 años, vinculación con los centros colaboradores y posibilidad de participar en la evaluación. Se excluyeron casos con inestabilidad clínica grave, negativa expresa a participar o deterioro cognitivo severo con escasa colaboración razonable para la actividad prevista. En el grupo estudiantil se incluyó a quienes completaron voluntariamente el cuestionario previo a la intervención docente.

### **7.3. Instrumentos**

Se utilizó el cuestionario clínico de riesgo de disfagia, diseñado por el grupo de expertos en disfagia del Colegio de Logopedas de la Comunidad Autónoma de Madrid (España). El instrumento está compuesto por 11 indicadores dicotómicos: dificultad para masticar, rechazo de comida, pérdida de peso, antecedentes respiratorios, tos al comer o beber, voz húmeda, dificultad para eliminar restos de la boca, infecciones de tracto urinario, mala postura, sialorrea y nivel bajo de conciencia. La suma de estos ítems se empleó como índice global de riesgo. El comportamiento interno del cuestionario en la muestra fue satisfactorio ( $KR-20 = .84$ ).

Respecto a la valoración odontológica funcional, en la submuestra de 14 pacientes se registraron variables de exploración extraoral e intraoral, incluyendo xerostomía, enfermedades sistémicas, estado periodontal, situación protésica, patrón masticatorio, número de ciclos de masticación, fatiga, residuo oral, impresión clínica y riesgo clínico de disfagia.

Para detectar el nivel de conocimiento de los estudiantes de Medicina y Odontología, el equipo de investigación UIA-UCM diseñó un cuestionario basal de conocimientos, con

preguntas cerradas y abiertas sobre concepto de disfagia, diferenciación entre tipos, conocimiento de herramientas de cribado, causas, complicaciones, formación previa y disposición hacia capacitación futura.

#### **7.4. Procedimiento de recogida de datos**

En la Asociación Casa España y en la residencia asociada, el personal de apoyo, enfermería y el equipo investigador registraron la presencia o ausencia de signos clínicos durante la alimentación y a partir de la observación funcional de los usuarios. Cuando se detectaban elementos sugestivos de alteración de la deglución, se ampliaba la observación según los procedimientos de cribado disponibles en el proyecto.

En la submuestra odontológica, la recogida de datos fue realizada por odontólogos en formación y por profesionales supervisores mediante un protocolo de exploración estomatognática y funcional. Se prestó especial atención a dentición, prótesis, mucosa, salivación, oclusión, patrón masticatorio y residuo.

El cuestionario para estudiantes se administró antes de las sesiones formativas. Su finalidad fue describir el punto de partida formativo y orientar la intervención docente durante la estancia.

#### **7.5. Estrategia de análisis**

En el grupo clínico geriátrico se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para cada indicador, así como medidas de tendencia central y dispersión para la puntuación total del cuestionario. Se exploró la consistencia interna mediante KR-20 - Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y se calcularon correlaciones phi entre ítems dicotómicos. También se examinó de forma exploratoria la relación entre puntuación total, edad y sexo.

En la submuestra odontológica se realizó un análisis descriptivo y comparativo de los hallazgos estomatognáticos y funcionales, poniendo el foco en patrones clínicamente relevantes más que en inferencias generalizables, dado el tamaño muestral.

En el cuestionario estudiantil se analizaron frecuencias y porcentajes, sintetizando los principales indicadores de conocimiento basal y percepción curricular. Dado que no se dispuso de una base pareada posintervención cerrada para esta memoria, no se realizaron comparaciones pre-post formales.

## 8. Resultados

### 8.1. Resultados clínicos en adultos mayores

Se analizaron los datos de 49 participantes que completaron un cuestionario de riesgo compuesto por 11 ítems dicotómicos (0 = no, 1 = sí). La edad media de la muestra fue de 84.69 años (DE = 9.41; rango = 58–98). En cuanto al sexo, 32 participantes fueron mujeres (65.3 %) y 17 fueron hombres (34.7 %).

La muestra mostró una alta carga de signos clínicos compatibles con alteración de la deglución. Seis participantes (12.2 %) no presentaron ningún indicador positivo, mientras que 43 (87.8 %) presentaron al menos uno. Más de la mitad de la muestra, 27 personas (55.1 %), acumuló tres o más respuestas afirmativas y 15 participantes (30.6 %) alcanzaron seis o más indicadores.

Tabla 1

*Distribución de la puntuación total del cuestionario de riesgo de disfagia*

<b>Categoría de riesgo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin indicadores	6	12.2
≥ 3 indicadores	27	55.1
≥ 6 indicadores	15	30.6

Nota. Clasificación basada en suma de 11 ítems dicotómicos (0–11). N = 49.

La puntuación total del cuestionario osciló entre 0 y 10, con una media de 3.65 (DE = 3.11) y una mediana de 3 y un rango observado entre 0 y 10. Estos datos sugieren una

distribución heterogénea, con perfiles que van desde ausencia aparente de riesgo hasta acumulación importante de signos clínicos.

Tabla 2

*Frecuencia de indicadores clínicos compatibles con riesgo de disfagia orofaríngea en adultos mayores evaluados*

<b>Indicador clínico de riesgo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rechazo de la comida	29	59.2
Dificultad para eliminar restos de la boca	25	51.0
Dificultad para masticar	20	40.8
Tos al comer o beber	20	40.8
Mala postura durante la ingesta	16	32.7
Infecciones del tracto urinario	16	32.7
Voz húmeda tras la deglución	14	28.6
Nivel bajo de conciencia	11	22.4
Sialorrea	11	22.4
Pérdida de peso	10	20.4
Antecedentes respiratorios	7	14.3

Nota. n = frecuencia absoluta; % = porcentaje sobre la muestra total (N = 49).

A nivel descriptivo, los ítems con mayor frecuencia de respuesta afirmativa fueron rechazo de comida (59.2 %), dificultad para eliminar restos de la boca (51.0 %), dificultad para masticar (40.8 %) y tos al comer o beber (40.8 %). También se observaron proporciones relevantes de mala postura durante la ingesta e infecciones de tracto urinario (ambas 32.7 %), además de voz húmeda (28.6 %). Aunque la pérdida de peso y los antecedentes respiratorios fueron menos prevalentes, siguen siendo clínicamente relevantes en un contexto de fragilidad

geriátrica. En cambio, los ítems menos frecuentes fueron antecedentes respiratorios (14.3 %) y pérdida de peso (20.4 %).

La consistencia interna del cuestionario fue alta ( $KR-20 = .84$ ), lo que apoya el uso de una puntuación total como índice global de riesgo clínico e indica una adecuada homogeneidad entre los ítems. No obstante, dos ítems mostraron una asociación más débil con la puntuación total corregida: rechazo de comida ( $r = .09$ ,  $p = .556$ ) y pérdida de peso ( $r = .18$ ,  $p = .220$ ), lo que sugiere que podrían estar captando componentes más periféricos o menos específicos del constructo evaluado.

Tabla 3

*Principales asociaciones exploratorias entre indicadores clínicos del cuestionario.*

<b>Asociación entre indicadores</b>	<b>r phi</b>	<b>p</b>
Tos al comer o beber - Voz húmeda	0.76	< .001
Antecedentes respiratorios - Sialorrea	0.76	< .001
Dificultad para masticar - Dificultad para eliminar restos	0.73	< .001
Tos al comer o beber - Dificultad para eliminar restos	0.73	< .001
Dificultad para masticar - Tos al comer o beber	0.66	< .001
Tos al comer o beber - Mala postura	0.66	< .001

Desde una perspectiva exploratoria, el patrón de correlaciones sugiere un núcleo sintomático orofaríngeo constituido por dificultad para masticar, dificultad para eliminar restos, tos durante la ingesta y voz húmeda. Las asociaciones más altas se observaron entre tos y voz húmeda ( $r\phi = .76$ ,  $p < .001$ ), antecedentes respiratorios y sialorrea ( $r\phi = .76$ ,  $p < .001$ ), dificultad para masticar y dificultad para eliminar restos ( $r\phi = .73$ ,  $p < .001$ ), y tos con dificultad para eliminar restos ( $r\phi = .73$ ,  $p < .001$ ), dificultad para masticar y tos al comer o beber ( $r\phi = .66$ ,  $p < .001$ ), y tos al comer o beber con mala postura ( $r\phi = .66$ ,  $p < .001$ ).

Estos resultados son coherentes con el funcionamiento clínico esperado de los trastornos que comprometen eficacia oral y seguridad faríngea.

Desde una perspectiva exploratoria, el patrón de correlaciones y el agrupamiento visual de los ítems sugieren la presencia de un núcleo de síntomas orofaríngeos o de deglución, integrado principalmente por dificultad para masticar, dificultad para eliminar restos de la boca, tos al comer o beber y voz húmeda, con vínculos adicionales con sialorrea y antecedentes respiratorios. Por el contrario, rechazo de comida y pérdida de peso aparecieron como indicadores más periféricos, con menor integración en el resto de la red de síntomas. Dado el tamaño muestral y el número de comparaciones realizadas, estas asociaciones deben interpretarse con cautela y entenderse como resultados exploratorios.

Por último, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la puntuación total y la edad ( $r\phi = .11$ ,  $p = .440$ ), ni diferencias significativas en la puntuación total en función del sexo,  $t(40.50) = 1.59$ ,  $p = .119$ , aunque las mujeres presentaron una media de puntuación algo mayor ( $M = 4.13$ ,  $DE = 3.31$ ) que los hombres ( $M = 2.76$ ,  $DE = 2.56$ ).

*Nota.* Los coeficientes de correlación entre ítems se calcularon mediante correlaciones  $r\phi$  (equivalentes a Pearson en variables dicotómicas).

## **8.2. Resultados de la submuestra odontológica**

La submuestra odontológica de 14 adultos mayores permitió profundizar en la dimensión oral y estomatognática del riesgo de disfagia. Los hallazgos mostraron un perfil caracterizado por deterioro dentario, alteraciones protésicas, residuo oral y sequedad bucal, elementos todos ellos relevantes para la fase oral de la deglución.

Tabla 4

*Hallazgos principales de la submuestra odontológica (n = 14).*

<b>Hallazgo odontológico-funcional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Residuo oral (poco o mucho)	13	92.9
Xerostomía o sensación de sequedad al menos ocasional	10	71.4
Alteración periodontal (gingivitis o periodontitis)	8	57.1
Impresión clínica alterada (leve, moderada o severa)	9	64.3
Riesgo de disfagia consignado como sí/leve/moderado	8	57.1

Tal y como puede observarse en la tabla 4, trece participantes (92.9 %) presentaron residuo oral tras la prueba masticatoria, diez (71.4 %) refirieron xerostomía o sensación de sequedad al menos ocasional, y ocho (57.1 %) mostraron alteraciones periodontales. Además, la impresión clínica fue normal solo en cinco casos, mientras que nueve (64.3 %) se clasificaron con alteración leve, moderada o severa de la función masticatoria.

El análisis cualitativo de los registros mostró, además, edentulismo parcial frecuente, prótesis ausentes o desadaptadas en varios casos, patrones masticatorios compensatorios, aumento del número de ciclos y preferencia por texturas más blandas. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la alteración oral y funcional puede contribuir de forma decisiva a la sospecha clínica de disfagia, incluso cuando el paciente no cuenta con un diagnóstico previo formal.

Los registros clínicos también revelaron heterogeneidad relevante: coexistían casos de funcionamiento relativamente conservado con otros en los que confluyen comorbilidad neurológica, masticación ineficaz, residuo persistente y signos compatibles con mayor riesgo de aspiración. Por ello, más que hablar de una prevalencia diagnóstica cerrada, los datos permiten identificar perfiles de vulnerabilidad deglutoria que justifican una vigilancia clínica más estrecha.

### 8.3. Resultados del cuestionario en estudiantes

El cuestionario basal fue completado por 28 estudiantes de Medicina y Odontología (véase tabla 5). La muestra estuvo integrada mayoritariamente por mujeres (67.9 %) y se concentró en rangos de edad jóvenes: el 50 % tenía entre 20 y 24 años y el 28.6 % entre 25 y 29 años. El 92.9 % no había realizado rotaciones por áreas especialmente relacionadas con la disfagia, como Neurología, Otorrinolaringología o Geriátrica.

Tabla 5

*Características demográficas de los estudiantes participantes en el cuestionario formativo*

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo	Mujeres	19	67.9
Sexo	Hombres	8	28.6
Edad	20–24 años	14	50.0
Edad	25–29 años	8	28.6

Nota. N = 28.

Aunque el 85.7 % afirmó tener nociones del concepto de disfagia, el conocimiento era predominantemente básico y poco diferenciado: el 60.7 % calificó como bajo su nivel de distinción entre disfagia orofaríngea y esofágica y el 92.9 % declaró no conocer herramientas de cribado como EAT-10 o pruebas clínicas afines. A nivel curricular, el 71.4 % indicó no haber recibido formación específica sobre disfagia, mientras que la mayoría consideró que el tema debería integrarse de forma obligatoria en su formación (28.6%).

Tabla 6

*Indicadores principales del cuestionario basal en estudiantes (n = 28).*

<b>Indicador formativo basal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
----------------------------------	----------	----------

Conoce el concepto general de disfagia	24	85.7
Autovalora su diferenciación entre disfagia orofaríngea y esofágica como baja	17	60.7
Desconoce herramientas de cribado clínico	26	92.9
No ha recibido formación específica sobre disfagia	20	71.4
Considera que el tema debería ser obligatorio en el currículo	24	85.7
Desea recibir más formación o ser contactado para capacitación futura	24	85.7

En relación con las causas y complicaciones de la disfagia, los estudiantes identificaron con relativa facilidad etiologías neurológicas y complicaciones respiratorias o nutricionales, pero mostraron menor precisión en prevalencia esperada, aspectos psicosociales y recursos de detección. El elevado interés en formación complementaria (85.7 %) respalda la pertinencia de la intervención docente desarrollada durante la estancia.

## 9. Discusión

La presente memoria integra tres planos de análisis: la frecuencia de signos clínicos compatibles con disfagia en adultos mayores institucionalizados, la contribución de la valoración odontológica y la necesidad de reforzar la formación sanitaria en este campo. Considerados conjuntamente, los resultados describen un problema clínico relevante y una oportunidad formativa clara.

En primer lugar, la frecuencia de indicadores clínicos observada en la muestra geriátrica es congruente con la evidencia internacional disponible para entornos institucionalizados. El hecho de que el 87.8 % de los participantes presentara al menos un signo y que más de la mitad acumule tres o más indicadores es coherente con las estimaciones de Doan et al. (2022), Banda et al. (2022) y Rivelrud et al. (2023), aunque, metodológicamente, nuestros datos deben interpretarse como frecuencia de signos compatibles o sospecha clínica, y no como prevalencia diagnóstica confirmada. Esta distinción es esencial, pues el estudio no incluyó videofluoroscopia ni evaluación endoscópica con fibra óptica de la deglución sistemática, entre otras pruebas complementarias.

En segundo lugar, el patrón observado de dificultad masticatoria, residuo oral, tos durante la ingesta y voz húmeda coincide con los signos que la literatura considera especialmente sensibles para la detección temprana de alteraciones de seguridad y eficacia deglutoria (Baijens et al., 2016; Ortega et al., 2017). La fuerte asociación entre tos y voz húmeda, así como entre masticación ineficaz y dificultad para eliminar restos, refuerza la hipótesis de que en esta muestra existen conglomerados sintomáticos clínicamente plausibles, centrados en la fase oral y el tránsito orofaríngeo.

En tercer lugar, la submuestra odontológica aporta uno de los elementos más valiosos del proyecto. La alta frecuencia de residuo oral, xerostomía, alteraciones periodontales y función masticatoria alterada es consistente con los desarrollos más recientes sobre fragilidad oral. Tanaka et al. (2018) mostraron que la acumulación de problemas orales predice fragilidad física y mortalidad, mientras que Van der Maarel-Wierink et al. (2013) evidenciaron la relevancia de la salud oral en la prevención de neumonía aspirativa. Nuestros hallazgos respaldan la idea de que la valoración odontológica no debe considerarse accesorio, sino integrada al cribado de disfagia en población mayor.

En cuarto lugar, los resultados formativos ponen de relieve una brecha curricular. Los estudiantes reconocen el término disfagia, pero desconocen en gran medida las herramientas de cribado y reportan una escasa formación específica. Este hallazgo es importante porque, en contextos con limitada disponibilidad de especialistas, el conocimiento básico del personal generalista y de los estudiantes en formación puede favorecer la detección precoz, la derivación oportuna y la sensibilización del entorno asistencial.

Desde una perspectiva de estancia internacional, la discusión no puede reducirse a la interpretación de datos clínicos. La experiencia desarrollada demuestra que la cooperación académica permite trasladar herramientas conceptuales y prácticas a un contexto distinto sin perder de vista su especificidad. La estancia no solo produjo datos: generó una plataforma de encuentro entre disciplinas, instituciones y niveles de formación. Este valor de transferencia es coherente con las recomendaciones del Decenio del Envejecimiento Saludable y con el enfoque ICOPE de la OMS, que promueven intervenciones integradas y centradas en la persona mayor (WHO, 2021, 2024).

También conviene subrayar algunas cuestiones que deben ser interpretadas con cautela; así pues, el estudio es piloto, con una muestra clínica relativamente pequeña y una submuestra odontológica limitada. Por otro lado, la ausencia de confirmación instrumental impide establecer diagnósticos definitivos. Además, parte de la información estudiantil se basa en autopercepción y no en una prueba validada de rendimiento. Estas limitaciones no anulan el valor del proyecto; más bien sitúan sus resultados en el terreno que les corresponde: el de una evidencia preliminar, coherente con la literatura, útil para la práctica y orientadora para nuevas investigaciones.

## 10. Conclusiones

El estudio pone de manifiesto la elevada presencia de signos clínicos sugestivos de disfagia orofaríngea en la muestra de adultos mayores valorados en Costa Rica, con una frecuencia que alcanza el 87,8 % de los participantes y más de la mitad con tres o más indicadores. Estos datos refuerzan la idea de que la disfagia constituye un aspecto geriátrico frecuente y silente en los diversos entornos valorados, donde la falta de cribado sistemático puede dar lugar a un infradiagnóstico relevante y a un retraso en la intervención. Más allá de la mera descripción de signos, los hallazgos subrayan las consecuencias clínicas asociadas: alteraciones en la eficacia y seguridad de la deglución que incrementan el riesgo de complicaciones graves como desnutrición, deshidratación, neumonía por aspiración y deterioro de la calidad de vida. Los indicadores más prevalentes —rechazo de comida, dificultad para eliminar residuos orales, alteración masticatoria y tos durante la alimentación— ilustran un patrón característico que compromete tanto la fase oral como la faríngea de la deglución.

Un aspecto particularmente relevante de la presente investigación es la integración de la valoración odontológica de los sujetos evaluados, que evidencia el papel central del estado de salud oral como factor modulador del riesgo de disfagia. La elevada ocurrencia de residuo oral, xerostomía, enfermedad periodontal y compromiso de la función masticatoria confirma que la salud bucodental no es un elemento periférico, sino un componente esencial en el abordaje integral de este síndrome. La incorporación sistemática de la Odontología geriátrica al equipo interdisciplinario emerge, por tanto, como una estrategia clave para mejorar la detección precoz y la prevención de complicaciones.

Por otro lado, los resultados del cuestionario aplicado a estudiantes de Medicina y Odontología revelan una brecha formativa significativa en el cribado y manejo clínico de la disfagia. Se observa una notable motivación por parte de los futuros profesionales para adquirir competencias específicas; no obstante, este contraste pone de relieve la necesidad de revisar y fortalecer los planes de estudio de las carreras sanitarias de la UIA, valorando la posibilidad de incorporar formación práctica y multidisciplinar en aspectos tan relevantes como los mencionados durante el estudio realizado, debido especialmente a la alta prevalencia y el gran impacto en la población mayor.

La estancia internacional UCM-UIA representa, además, un modelo valioso de colaboración académica que trasciende las fronteras y genera conocimiento contextualizado. El proyecto no solo ha producido evidencia preliminar útil para el contexto costarricense, sino que ha demostrado cómo las alianzas internacionales pueden catalizar el desarrollo de capacidades locales en investigación, docencia y atención clínica.

En definitiva, este trabajo sienta las bases para avanzar hacia un modelo de atención más proactivo y centrado en la persona mayor.

Futuras investigaciones multicéntricas deberían priorizar el diseño e implementación de protocolos de cribado sistemático que integren evaluación clínica estandarizada, valoración odontológica, herramientas instrumentales cuando corresponda y formación continua del personal.

La adopción de enfoques interdisciplinarios y centrados en la persona podría reducir de forma significativa las complicaciones asociadas a la disfagia, mejorar los desenlaces nutricionales y funcionales, y contribuir a una mejor calidad de vida en los centros geriátricos.

Este proyecto subraya, en última instancia, que la disfagia en el adulto mayor no debe seguir siendo un problema invisible, sino un objetivo prioritario de atención sanitaria y de política pública en el ámbito del envejecimiento.

En conjunto, el proyecto constituye una base sólida para futuras investigaciones multicéntricas y para el diseño de protocolos adaptados que integren evaluación clínica, salud oral, formación del personal y atención centrada en la persona mayor.

## **11. Impacto académico y transferencia de conocimiento**

La estancia internacional tuvo un impacto académico en varios niveles. En el plano personal y profesional, permitió consolidar competencias clínicas y metodológicas en evaluación de la disfagia en contexto geriátrico. En el plano institucional, facilitó la circulación de conocimientos entre la UCM y la UIA, favoreciendo un diálogo interdisciplinario entre Logopedia, Medicina y Odontología. En el plano formativo, generó espacios de sensibilización y capacitación para estudiantes y profesionales en formación.

La transferencia de conocimiento se materializó en seminarios, talleres, actividades clínicas supervisadas y en la propia elaboración de esta memoria final. Más allá de los resultados puntuales, el proyecto dejó instalada una agenda de trabajo: incorporar el cribado de disfagia a la observación clínica cotidiana, valorar de forma más explícita la dimensión oral y construir trayectorias formativas que incluyan este síndrome geriátrico de manera transversal.

## 12. Limitaciones

El estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados.

La primera es el tamaño muestral, adecuado para una experiencia piloto de estancia, pero insuficiente para generalizaciones amplias.

La segunda es la ausencia de confirmación instrumental sistemática, lo que obliga a formular los hallazgos en términos de sospecha clínica y frecuencia de signos compatibles.

La tercera es la heterogeneidad clínica de los participantes, propia de un entorno geriátrico real, que complejiza el aislamiento de relaciones causales específicas.

La cuarta es que el cuestionario estudiantil midió principalmente percepción y conocimiento basal, sin disponer en esta memoria de una base pareada posformación cerrada para un análisis cuasi experimental completo.

### **13. Líneas futuras de investigación**

A partir de los resultados obtenidos se proponen varias líneas futuras.

En primer lugar, ampliar la muestra y replicar el protocolo en otros centros geriátricos costarricenses para examinar la estabilidad de los hallazgos.

En segundo lugar, integrar herramientas clínicas con procedimientos instrumentales cuando sea posible, con el fin de mejorar la validez diagnóstica.

En tercer lugar, profundizar en la relación entre salud oral, sarcopenia, estado nutricional y disfagia.

En cuarto lugar, desarrollar y evaluar programas formativos pre-post para estudiantes y profesionales, incorporando indicadores de conocimiento, habilidades y transferencia a la práctica.

Finalmente, se recomienda explorar e implementar modelos locales de atención interdisciplinaria inspirados en el enfoque ICOPE (Atención Integrada para las Personas Mayores) de la Organización Mundial de la Salud, adaptándolos a la realidad de los recursos disponibles en los centros geriátricos. Este marco, centrado en la optimización de la capacidad intrínseca y funcional, podría facilitar la detección temprana de la disfagia y otras condiciones asociadas, promoviendo una atención más integral, coordinada y centrada en la persona mayor.

## **14. Consideraciones éticas**

El proyecto se desarrolló conforme a los principios generales de la Declaración de Helsinki y dentro del marco académico y asistencial de las instituciones participantes. La información fue utilizada con fines docentes y científicos, manteniendo el carácter confidencial de los datos personales y empleando identificadores anonimizados en las bases analizadas. Las valoraciones clínicas se integraron en actividades no invasivas y de bajo riesgo, compatibles con la dinámica asistencial de los centros colaboradores. La participación en el cuestionario formativo fue voluntaria y orientada a la mejora docente.

## Referencias bibliográficas

Almirall, J., Rofes, L., Serra-Prat, M., Icart, R., Palomera, E., Arreola, V., & Clavé, P. (2013).

Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly. *European Respiratory Journal*, *41*(4), 923-928.

<https://doi.org/10.1183/09031936.00019012>

Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J.-C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., & Speyer, R. (2016). European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: Oropharyngeal

Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, *11*, 1403-1428.

<https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>

Banda, K. J., Chu, H., Chen, R., Kang, X. L., Jen, H.-J., Liu, D., Shen Hsiao, S.-T., & Chou, K.-

R. (2022). Prevalence of oropharyngeal dysphagia and risk of pneumonia, malnutrition, and mortality in adults aged 60 years and older: A meta-analysis. *Gerontology*, *68*(8),

841-853. <https://doi.org/10.1159/000520326>

Cabré, M., Serra-Prat, M., Palomera, E., Almirall, J., Pallares, R., & Clavé, P. (2010). Prevalence

and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and Ageing*, *39*(1), 39-45. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp100>

Cederholm, T., Jensen, G. L., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., Fukushima, R.,

Higashiguchi, T., Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A., Crivelli, A., Evans,

- D. C., Gramlich, L., Fuchs-Tarlovsky, V., Keller, H., Llido, L., Malone, A., Mogensen, K. M., Morley, J. E., ... Compher, C. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*, 38(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002>
- Clavé, P., & Shaker, R. (2015). Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 12(5), 259-270. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2023). *Política nacional de envejecimiento y vejez 2023-2033*. CONAPAM.
- Doan, T. N., Ho, W.-C., Wang, L.-H., Chang, F.-C., Nhu, N. T., & Chou, L.-W. (2022). Prevalence and methods for assessment of oropharyngeal dysphagia in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), Article 2605. <https://doi.org/10.3390/jcm11092605>
- Fujishima, I., Fujiu-Kurachi, M., Arai, H., Hyodo, M., Kagaya, H., Maeda, K., Mori, T., Nishioka, S., Oshima, F., Ogawa, S., Ueda, K., Wakabayashi, H., Yamawaki, M., & Yoshimura, Y. (2019). Sarcopenia and dysphagia: Position paper by four professional organizations. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(2), 91-97. <https://doi.org/10.1111/ggi.13591>
- González, J., et al. (2023). Neumonía por aspiración y paciente geriátrico. *Acta Médica Costarricense*, 65(1).

Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Proyecciones de población en España*. INE.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Estimaciones y proyecciones nacionales de población 1950-2100*. INEC.

Iwasaki, M., Yoshihara, A., Sato, M., Minagawa, K., Shimada, M., Nishimuta, M., Ansai, T., & Yoshitake, Y. (2018). Oral frailty and incident disability in older adults: A longitudinal study. *Journal of the American Medical Directors Association, 19*(12), 1090-1094.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.011>

Namasivayam-MacDonald, A. M., & Shune, S. E. (2018). The burden of dysphagia on family caregivers of the elderly: A systematic review. *Geriatrics, 3*(2), Article 30.  
<https://doi.org/10.3390/geriatrics3020030>

OECD. (2024). *Health at a glance 2024: Ageing and long-term care*. OECD Publishing.

Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(7), 576-582. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>

Rivelsrud, M. C., Hartelius, L., Bergström, L., Løvstad, M., & Speyer, R. (2023). Prevalence of oropharyngeal dysphagia in adults in different healthcare settings: A systematic review and meta-analyses. *Dysphagia, 38*(1), 76-121. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10465-x>

Tanaka, T., Takahashi, K., Hirano, H., Kikutani, T., Watanabe, Y., Ohara, Y., Furuya, H., Tetsuo, Y., Akishita, M., & Iijima, K. (2018). Oral frailty as a risk factor for physical

frailty and mortality in community-dwelling elderly. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(12), 1661-1667. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx225>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *World population ageing 2023: Key messages*. United Nations.

Van der Maarel-Wierink, C. D., Vanobbergen, J. N. O., Bronkhorst, E. M., Schols, J. M. G. A., & De Baat, C. (2013). Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: A systematic literature review. *Gerodontology*, 30(1), 3-9. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00637.x>

Wakabayashi, H. (2014). Presbyphagia and sarcopenic dysphagia: Association between aging, sarcopenia, and deglutition disorders. *The Journal of Frailty & Aging*, 3(2), 97-103. <https://doi.org/10.14283/jfa.2014.11>

World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. WHO.

World Health Organization. (2024). *Integrated care for older people (ICOPE) handbook: Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. WHO.