

Type of Article (Original article)

Proposal for a co-designed educational program for parents: Managing feeding in children with dysphagia

Propuesta de un programa educativo co-diseñado para padres: Manejo de la alimentación en niños con disfagia

Kwan Yin Estefanía Espinoza Alcalá^{1*}, Dolores Susana Andrade Tenesaca².

^{1,2} Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador

Corresponding author: kwan.espinozaa@ucuenca.edu.ec

Received: 13 November 2025

Accepted: 3 December 2025

Published: 30 December 2025

Article info	Abstract
Keywords Pediatric dysphagia; Swallowing. Parent education; Self-efficacy; Social learning model	Background: Parents of children with dysphagia often experience high levels of stress when faced with feeding difficulties. Parent training is a cost-effective strategy that improves children's food safety and reduces associated complications. Objective: The objective of this study was to develop an educational program for parents, based on Bandura's social learning theory, aimed at managing feeding in children with dysphagia. Methods: Qualitative research was conducted using an action research design, in which 12 parents or caregivers participated. Semi-structured interviews were used to identify their barriers, facilitators, and educational needs regarding feeding management. The analysis was performed using Atlas.ti, following open and axial coding. Results: The results revealed a widespread lack of knowledge, limited access to professional guidance, and limitations in community resources. Based on these findings, an educational program was designed, structured in theoretical-practical sessions focused on safe feeding techniques, texture adaptation, use of specialized utensils, proper positioning, and strengthening parental self-efficacy. Conclusions: The program proposes observation activities, guided practice, feedback, and group emotional support. This proposal seeks to improve feeding safety and promote child autonomy by providing families with practical and accessible tools.

Inf. De art.	Resumen
Palabras clave: Disfagia pediátrica; Deglución; Educación de los padres; Autoeficacia; Modelo de Aprendizaje Social	Antecedentes: Los padres de niños con disfagia suelen experimentar altos niveles de estrés al enfrentar las dificultades propias de la alimentación. La capacitación parental constituye una estrategia costo-efectiva que mejora la seguridad alimentaria del niño y reduce complicaciones asociadas. Objetivo: El objetivo de este estudio fue elaborar un programa educativo para padres, basado en la teoría del aprendizaje social de Bandura, orientado al manejo de la alimentación en niños con disfagia. Métodos: Se desarrolló una investigación cualitativa con diseño de investigación-acción, en la que participaron 12 padres o cuidadores. Mediante entrevistas semiestructuradas se identificaron sus barreras, facilitadores y necesidades educativas respecto al manejo alimentario. El análisis se realizó utilizando Atlas.ti, siguiendo codificación abierta y axial. Resultados: Los resultados revelaron un déficit generalizado de conocimientos, escaso acceso a orientación profesional y limitaciones en los recursos comunitarios. A partir de estos hallazgos se diseñó un programa educativo estructurado en sesiones teórico-prácticas centradas en técnicas de alimentación segura, adaptación de texturas, uso de utensilios especializados, posicionamiento adecuado y fortalecimiento de la autoeficacia parental. Conclusiones: El programa propone actividades de observación, práctica guiada, retroalimentación y apoyo emocional grupal. Esta propuesta busca mejorar la seguridad en



la alimentación y favorecer la autonomía del niño, proporcionando a las familias herramientas prácticas y accesibles.

1. Introducción

La disfagia es una condición que compromete la capacidad para alimentarse de manera segura y efectiva (Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, 2024) con posibles complicaciones médicas como la desnutrición, que se define como un estado patológico resultante de una ingesta deficiente de nutrientes o de una mala asimilación de los mismos (Organización Mundial de la Salud, 2021). La prevalencia mundial de la disfagia en pediatría varía ampliamente, desde un 0,9% hasta un 94%, dependiendo de cómo se defina la disfagia, de la población que se estudie y de los métodos utilizados. Aunque gran parte de estos casos se presenta en niños con trastornos o discapacidades, alrededor del 25% afecta a niños con un desarrollo normal. Por lo tanto, la disfagia pediátrica es un problema más significativo de lo que se creía (Umay et al., 2022)

En Colombia se llevó a cabo un estudio descriptivo en 2008 con 68 niños de entre un mes y cinco años, con sospecha clínica de trastorno de la deglución y que se sometieron a una videofluoroscopia de deglución (VFSS). El diagnóstico más común fue parálisis cerebral, presente en el 44,1 % de los casos (Suárez-Escudero et al., 2022)

Recientemente, en Ecuador, específicamente en la ciudad de Cuenca, se realizó un estudio en el Hospital Vicente Corral Moscoso que determinó que el 52% de los niños con retraso global del desarrollo presenta disfagia (Huiracocha et al., 2023). Hasta hace poco, era común que los niños con discapacidad fueran privados de sus derechos más elementales. En muchos países, esta situación era aceptada por la sociedad y perpetuada a través de políticas públicas y servicios que no consideraban a los menores de edad con discapacidad como miembros de la población ni estaban preparados para garantizar el ejercicio de sus derechos (UNICEF, 2021). En Ecuador existen actualmente 471.205 casos registrados con discapacidad, de los cuales el 1% pertenece al grupo etario menor a 5 años. En Cuenca, se registran 264 casos de discapacidad en niños entre 0 y 6 años, de los cuales el 20,45 % tiene entre 0 y 3 años (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2022).

Se ha demostrado que, en diversas condiciones de la salud, como es el caso de la disfagia, se requiere un enfoque multidisciplinario para mejorar la calidad de vida y los principios del aprendizaje social pueden aplicarse. Esto incluye aprender a realizar evaluaciones, implementar intervenciones terapéuticas y comprender las estrategias de atención al paciente a través de la práctica observada y la retroalimentación (Mukhalalati et al., 2022).

Lamentablemente, los estudios sobre disfagia infantil en Latinoamérica son limitados, y la mayoría se enfocan en reportar prevalencia de disfagia y en nuevas intervenciones terapéuticas como electroestimulación y vendaje. Sin embargo, algunos autores han explorado la importancia de capacitar a los padres en el manejo adecuado de esta condición (Vargas García et al., 2022). Un estudio en Grecia mostró que después de un programa de entrenamiento a padres existió una mejora en la adherencia de recomendaciones y técnicas de alimentación (Charpentier et al., 2018).

La capacitación a padres ha demostrado ser una herramienta valiosa para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida en estos casos (Pinillos et al., 2023). Los programas de entrenamiento a padres suelen incluir sesiones prácticas sobre técnicas de alimentación segura, manejo de conductas desafiantes, identificación de signos de riesgo y primeros auxilios. Además del aspecto técnico, brindar apoyo emocional y asesoramiento puede ayudar a reducir el estrés familiar (Pérez & Iniesta, 2020).

2. Revisión de Literatura

Las prácticas parentales efectivas en el contexto de la disfagia infantil se refieren a las habilidades y estrategias que los padres implementan para lograr una alimentación segura, nutritiva y placentera para el niño (Nazar et al., 2020). Esto incluye la capacidad de reconocer y responder apropiadamente a las señales de hambre y saciedad, utilizar técnicas de alimentación adaptadas (Pinillos et al., 2023), mantener un ambiente tranquilo y positivo durante las comidas, y fomentar la participación activa del niño en la medida de lo posible.

La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura puede ser aplicada a la capacitación parental en disfagia infantil. Esta teoría postula que el aprendizaje ocurre en un contexto social, a través de la observación e imitación de modelos. Los padres pueden adquirir habilidades para el manejo de la disfagia al observar y practicar junto a profesionales que modelan las técnicas y estrategias adecuadas (Bandura,



1977). Además, Bandura plantea que la autoeficacia, definida como la creencia en la propia capacidad para lograr un objetivo, es un factor clave en el aprendizaje y el cambio de conductas. Los programas de capacitación a padres pueden fortalecer su autoeficacia al brindarles conocimientos, habilidades prácticas y retroalimentación positiva, lo cual a su vez aumenta la probabilidad de que adopten y mantengan las prácticas recomendadas (Bandura, 1977).

En el diseño y desarrollo de un programa educativo destinado a padres, es esencial abordar tanto los factores que facilitan como los que obstaculizan su participación y éxito en el programa. Los facilitadores juegan un papel fundamental al crear un entorno propicio para la participación activa de los padres (Fang et al., 2021). Estos facilitadores abarcan una variedad de aspectos, desde la flexibilidad en el horario hasta el acceso a recursos adicionales que puedan respaldar su compromiso con el programa. La flexibilidad en el horario permite a los padres adaptar su participación en función de sus responsabilidades y compromisos existentes, lo que facilita su acceso al programa (Fang et al., 2021). Además, ofrecer servicios de transporte y cuidado de niños durante las sesiones del programa elimina una barrera común para muchos padres que de otro modo podrían enfrentar dificultades para asistir debido a la falta de cuidado infantil (Nazar et al., 2020).

Es crucial identificar y abordar las barreras que dificultan la participación de los padres en el programa, como la falta de tiempo, accesibilidad limitada, recursos económicos escasos, resistencia al cambio y falta de apoyo social (Nazar et al., 2020). Estudios indican que los padres y cuidadores de este tipo de pacientes, identifican factores como la falta de conocimiento sobre la disfagia, dificultades en la preparación de alimentos adecuados, costos asociados y el impacto psicosocial en la alimentación del paciente. Además, se destaca la necesidad de una formación adecuada y apoyo continuo a los cuidadores para mejorar la calidad de vida de las personas con disfagia (Vargas García et al., 2022). Se analizan las barreras prácticas y emocionales que dificultan la implementación de dietas de consistencia modificada, incluyendo la falta de recursos, el estrés asociado al cuidado y la necesidad de apoyo profesional. Los hallazgos sugieren que una mejor comprensión y capacitación en la gestión de la disfagia pueden aliviar las cargas de los cuidadores y mejorar la adherencia a las recomendaciones dietéticas (Vargas García et al., 2023). Al considerar estos facilitadores y barreras, y adaptar el programa para abordar las necesidades específicas de los participantes, se puede maximizar su impacto en el fortalecimiento de habilidades parentales y promover relaciones familiares saludables, garantizando que sea accesible, relevante y efectivo para todos los padres y familias a quienes está dirigido (Lara & Quintana, 2022).

Las necesidades educativas de los padres en relación con la crianza de sus hijos son diversas y pueden variar según las circunstancias individuales y familiares. Algunas de estas necesidades incluyen habilidades de comunicación efectiva, gestión del comportamiento, comprensión del desarrollo infantil, resolución de problemas familiares y autocuidado parental (Suárez & Vélez, 2018). Al satisfacer estas necesidades educativas, los programas educativos para padres pueden fortalecer las habilidades parentales y promover un ambiente familiar positivo y enriquecedor, en línea con los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura (Bandura, 1977). Estos programas ofrecen oportunidades para aprender, practicar y compartir experiencias con otros padres, lo que puede tener un impacto significativo en el bienestar de los niños y la dinámica familiar en general.

Un programa educativo integral para padres debe incluir sesiones teóricas sobre crianza efectiva y desarrollo infantil, actividades prácticas como role-playing y ejercicios de comunicación y resolución de problemas, recursos didácticos como manuales, videos y materiales de lectura, apoyo grupal a través de discusiones e intercambio de experiencias, evaluación y seguimiento del progreso de los participantes, y acceso a recursos externos como servicios comunitarios y profesionales de apoyo a la crianza (Aguas, 2022). En cuanto a la rehabilitación deglutoria, basada en la teoría, se centra en fortalecer las habilidades miofisiológicas necesarias para la deglución, mediante programas de entrenamiento miofuncional y estimulación termotáctil (Amiado-Lillo, 2024).

Estudios recientes han encontrado que la capacitación a padres, en general, aumenta significativamente la confianza y autoeficacia de los padres en el cuidado de sus hijos (Guajardo et al., 2023). Además, cuando esta capacitación es en disfagia infantil, mejora las habilidades de alimentación de sus hijos (Charpentier et al., 2018). Esta mayor autoeficacia mencionada anteriormente, se traduce en una mejor adherencia a las recomendaciones de los profesionales y una reducción en la necesidad de hospitalizaciones recurrentes (Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, 2024).

Sin embargo, las investigaciones que involucran capacitaciones con el manejo de disfagia no especifican que modelo de aprendizaje utilizaron para realizar los entrenamientos. Aparentemente, no existe



literatura que considere las preferencias de los padres de familia respecto a las capacitaciones. Finalmente, similar al contexto internacional, en el Ecuador no existen estudios que involucren a padres de familia en el proceso de alimentación en niños con disfagia.

Por consiguiente, el objetivo de esta investigación es realizar un programa educativo para padres bajo el modelo de aprendizaje social de Albert Bandura sobre el manejo de la disfagia en niños. El aprendizaje se produce mediante la observación de imitación y modelos, lo cual es especialmente relevante en el contexto de la crianza y la adquisición de habilidades parentales.

3. Metodología

3.1 Diseño metodológico

Investigación cualitativa de diseño investigación – acción. Los participantes estuvieron involucrados en todo el proceso de la investigación y la finalidad es la creación de soluciones a su problemática, tomando en cuenta las ideas que ellos proporcionaron (Hernández et al., 2014); se centró en la identificación de las preferencias parentales para aprender técnicas de manejo alimentario. Posterior a esto se dieron los lineamientos básicos para la formulación de capacitaciones en el manejo adecuado de la alimentación de niños con disfagia. Alcance exploratorio-descriptivo. La exploración es necesaria para la indagación en las preferencias específicas de los padres de infantes con disfagia en cuanto a modalidades y herramientas de educación alimentaria. La descripción se centra en comprender cómo estas preferencias influyen en la efectividad de la enseñanza de técnicas de manejo de la alimentación en el hogar.

3.2 Contexto, población y participantes

La población la componen 25 padres de familia o representantes que poseen en su núcleo familiar a un infante con disfagia que fue evaluado y diagnosticado fonoaudiológicamente en el año 2023 (Huiracocha et al., 2023). La muestra contempló un total de 12 padres de niños con disfagia, quienes accedieron a participar. Los criterios de inclusión: 1) acceder a participar voluntariamente; 2) su hijo(a) debía estar dentro de un rango etario de 0 meses hasta 6 años; 3) su hijo(a) debía estar diagnosticado(a) con disfagia. De igual manera, los criterios de exclusión: padres o cuidadores que presenten algún tipo de discapacidad auditiva, intelectual o visual. Cabe mencionar que el proyecto fue aprobado por el “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca”; en donde se aplicaron las normas nacionales e internacionales de bioética de la investigación, en todas las fases del estudio, cumpliendo con los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia; garantizando la confidencialidad de la información recopilada durante la investigación, la adecuada aplicación del consentimiento informado, y la seguridad y el bienestar de los sujetos de investigación.

3.3 Instrumentos

Se diseñó un instrumento de evaluación compuesto por preguntas para realizar una entrevista estructurada a los padres de familia, centrada en la identificación de las preferencias y barreras parentales para aprender técnicas de manejo alimentario. Para garantizar la validez del contenido de las preguntas de entrevista, se llevó a cabo una validación por parte de expertos: Las preguntas fueron evaluadas por expertos en el área de la disfagia y la educación, compuesto por profesionales de fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología y psicopedagogía, estos fueron contactados de manera directa a participar para realizar modificaciones y sugerencias (ver tabla 1). Luego de valorar las preguntas, se obtuvo el índice de validez de contenido utilizando la aplicación Jamovi.

Tabla 1

Extracto de las preguntas de la entrevista diseñada para conocer las preferencias específicas de los padres de infantes con disfagia en cuanto a modalidades y herramientas de educación alimentaria.

1.	¿Podría contarme un poco acerca de su interés o preocupación por mejorar la alimentación de su hijo/a que presenta disfagia?
2.	¿Qué información ha podido encontrar sobre las mejores prácticas para la alimentación de niños con disfagia?
3.	¿Considera que las dificultades que enfrenta en la alimentación de su hijo/a se deben a factores personales, sociales o de conocimiento?
4.	¿Ha recibido apoyo o conocimientos específicos de profesionales de la salud en relación con el manejo de la alimentación para su hijo/a?



5.	¿Cree que existen suficientes recursos y apoyo en la comunidad para manejar adecuadamente la alimentación en niños con disfagia?
6.	¿En su familia han realizado alguna estrategia que pueda ayudar al alimentar a su niño/a?
7.	¿Qué herramientas o dispositivos (como espesantes, licuadoras, utensilios especiales) han encontrado más útiles?
8.	¿Cuentan con apoyo profesional (terapeutas, dietistas, etc.) que les ayudan a manejar la disfagia?

3.4 Procedimientos

Se estableció contacto con los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y se les invitó a participar llenando un consentimiento informado. Las entrevistas a los doce participantes fueron realizadas de manera individual en un ambiente cómodo, utilizando un guion semiestructurado para poder dirigir la conversación y extraer los aspectos relevantes en sus experiencias como padres de niños con esta condición. Fueron grabadas en audio y transcritas literalmente para realizar el análisis cualitativo. Para la creación del programa se buscó la asesoría de expertos en el área de la salud y la educación como fonoaudiólogos, psicólogos y psicopedagogos, quienes en conjunto con padres de familia brindaron su apoyo.

3.5 Método de interpretación de resultados

Se realizó el procesamiento de la información a través del software Atlas.ti versión web, aplicando un proceso de codificación que permitió crear patrones en las respuestas. Se llevó a cabo una codificación abierta en donde se asignaron códigos temáticos, luego codificación axial en las que se agruparon los códigos en categorías y subcategorías estableciendo relaciones. Se realizó una interpretación temática al finalizar, en donde se identificaron facilitadores y barreras en el proceso de alimentación de niños con disfagia, lo que permitió realizar una propuesta educativa de acuerdo a las preferencias y necesidades de los participantes.

4. Resultados

Se entrevistó a los participantes hasta alcanzar la saturación teórica de la información. Los relatos obtenidos revelan múltiples dimensiones en torno a las prácticas alimentarias y las percepciones de las familias respecto al manejo de la disfagia en el hogar (Tabla 2).

Una de las preocupaciones más recurrentes fue la salud de los hijos, percibida como el motivo principal para mejorar su alimentación. Esta orientación hacia el bienestar físico se evidenció en afirmaciones como: “Por su salud. Quisiera que coma normalmente y pueda alimentarse por sí sola” (Entrevista n°2) o “Mi hija ha sido hospitalizada muchas veces por broncoaspiración. Quiero ayudarla a desarrollar un buen sistema de alimentación o deglución” (Entrevista n°8). En menor medida, algunos padres expresaron su deseo de fomentar la autonomía en la alimentación. Solo un caso mencionó directamente la importancia de diversificar la dieta: “Me interesa que amplíe su repertorio de alimentos... quiero que varíe más su alimentación” (Entrevista n°6).

Respecto a la búsqueda de información, cinco padres señalaron haber realizado indagaciones autónomas, especialmente a través de internet: “Sí, sigo páginas de maternidad. Me gustaría un manual con información basada en evidencia científica” (Entrevista n°5), o “Sí, he visto videos en internet” (Entrevista n°10). Sin embargo, cuatro participantes manifestaron no haber accedido a información relevante, mayormente por desconocimiento o temor: “No, nunca he buscado información. No llevo a mi hijo al hospital porque tuvimos problemas al nacer y eso me da miedo” (Entrevista n°4). Solo tres padres afirmaron haber recibido orientaciones profesionales: “Una licenciada me recomendó terapia con masajes para estimular la deglución” (Entrevista n°9).

Diez de los doce padres señalaron que la principal dificultad en el manejo de la alimentación está relacionada con la falta de conocimientos: “Si tuviera más conocimientos o recursos, podría darle una mejor estimulación” (Entrevista n°12). Solo un participante sugirió que el problema radica en factores sociales: “Sí, hay un tema social importante, especialmente en el cuidado infantil” (Entrevista n°5), y otro identificó limitaciones biológicas como determinantes.

En cuanto al apoyo recibido, seis padres manifestaron haber recibido orientación de profesionales de la salud, principalmente fonoaudiólogos y nutricionistas. Algunos afirmaron: “Sí, en el centro donde estamos nos han ayudado mucho y mi hijo ha avanzado bastante” (Entrevista n°4). Sin embargo, otros



expresaron que el apoyo ha sido escaso o nulo: “La pediatra siempre minimizaba el problema y no me refirió a un especialista” (Entrevista n°7), o “No, los médicos se enfocaban en estabilizarla más que en su alimentación” (Entrevista n°8). Cuatro padres manifestaron no haber recibido ningún tipo de apoyo especializado.

Esta percepción también se reflejó en la pregunta sobre recursos comunitarios, donde 10 de los 12 participantes consideraron que no existen suficientes servicios en su entorno. Como expresaron algunos: “En la comunidad no hay apoyo, solo en mi familia” (Entrevista n°4), “El sistema público no tiene información ni recursos adecuados” (Entrevista n°6), “No hay apoyo ni información para niños con discapacidad” (Entrevista n°11). Solo dos participantes afirmaron que sí cuentan con apoyo suficiente, principalmente vinculado a hospitales.

En cuanto a las estrategias implementadas en el hogar, cinco padres mencionaron la adaptación de los alimentos a las preferencias y tolerancia del niño. Cuatro señalaron que han intentado hacer la comida más atractiva. Estrategias menos frecuentes incluyen adecuaciones posturales: “Darle con una postura adecuada y alimentos con textura intermedia como semisólida, que es lo más que puede comer” (Entrevista n°3); o el orden de consumo “Dar primero lo sólido y luego lo líquido” (Entrevista n°8).

Sobre las herramientas utilizadas, la licuadora fue el implemento más mencionado (4 de 12): “La licuadora ha sido fundamental” (Entrevista n°7). Le siguen las cucharas especiales y vasos con control de flujo. Otras herramientas como vibradores para estimulación oral y sorbetes fueron mencionadas de forma aislada. Dos padres afirmaron no utilizar ningún dispositivo especializado, lo que sugiere un acceso limitado a estos recursos.

Finalmente, respecto al apoyo profesional actual, cuatro padres indicaron contar con acompañamiento de un fonoaudiólogo, dos de un nutricionista y dos de un médico. No obstante, cuatro participantes manifestaron no contar con ningún tipo de apoyo. Estas experiencias evidencian una brecha considerable en el acceso y continuidad del acompañamiento especializado en el manejo de la disfagia infantil.

Tabla 2
Categorías, subcategorías y frecuencia de aparición en el análisis cualitativo

<i>Categoría</i>	<i>Subcategoría</i>	<i>Frecuencia (n=12)</i>	<i>Descripción</i>
<i>Preocupaciones parentales</i>	Seguridad en la alimentación	10	Riesgo de broncoaspiración, hospitalizaciones previas
	Autonomía alimentaria	2	Deseo de aumentar independencia del niño
<i>Acceso a información</i>	Búsqueda autónoma	5	Uso de internet/web
	Ausencia de información	4	No buscan o desconocen fuentes confiables
	Orientación profesional	3	Consejos aislados de profesionales
<i>Dificultades en el manejo</i>	Falta de conocimientos	10	Limitaciones para preparar y adaptar alimentos
	Factores sociales	1	Dificultades asociadas al entorno
	Factores biológicos	1	Limitaciones físicas del niño
<i>Apoyo recibido</i>	Apoyo profesional	6	Fonoaudiólogo, nutricionista, médico
	Ausencia de apoyo	6	Falta de seguimiento y orientación
<i>Recursos comunitarios</i>	Insuficientes	10	Poca oferta local de servicios
	Disponibles	2	Principalmente hospitalarios
<i>Estrategias del hogar</i>	Adaptación de alimentos	5	Cambios en textura y presentación
	Estrategias sensoriales	4	Hacer comida más atractiva
	Posturas y orden	3	Ajustes posturales y secuencia
<i>Herramientas utilizadas</i>	Licuadora	4	Herramienta más mencionada
	Utensilios adaptados	3	Cucharas, vasos, etc.
	Vibradores sensoriales	3	Herramienta para estimular intraoralmente



<i>Apoyo profesional actual</i>	No usan herramientas	2	Acceso limitado
	Fonoaudiólogo	4	Acompañamiento clínico
	Nutricionista	2	Elaboración de dietas
	Médico	2	Seguimiento general
	Sin apoyo	4	Falta total de guía

En base a estos resultados se seleccionaron contenidos (Tabla 3) para crear un programa educativo con la asesoría de padres y profesionales (Anexo 1). Su estructura incluye sesiones teórico-prácticas combinando encuentros presenciales con virtuales de dos horas semanales con una duración total de 12 horas distribuidas en 6 semanas. Se abordan temas como la disfagia infantil, estrategias para una alimentación segura, uso de herramientas y dispositivos adaptados, organización del entorno alimentario y el fortalecimiento de redes de apoyo. Cada sesión está diseñada para proporcionar herramientas completas a los padres promoviendo la autonomía y seguridad para la alimentación de sus hijos.

Tabla 3

Contenido del programa en relación a los resultados obtenidos.

Resultado	Contenido
<i>Falta de información y conocimiento sobre la condición</i>	Introducción a la disfagia infantil, causas, consecuencias y manejo básico.
<i>Falta de conocimiento sobre las mejores prácticas en la adaptación de alimentos y el uso de herramientas adecuadas</i>	Métodos para adaptar texturas y consistencias. Demostración práctica de alimentación asistida
<i>Preocupaciones de los padres sobre la seguridad durante la ingesta</i>	Posicionamiento adecuado, rutinas estructuradas y manejo de la conducta durante la comida.
<i>Falta de acceso a fuentes confiables de información y a la orientación profesional adecuada</i>	Sesión de intercambio entre padres y orientación sobre acceso a profesionales y material educativo
<i>Diversidad de necesidades y estrategias</i>	Diseño de estrategias individuales para cada familia con el acompañamiento de un profesional.

5. Discusión

Los programas educativos dirigidos a padres de niños con disfagia deben responder a preocupaciones centradas en la seguridad alimentaria y el bienestar físico del niño, aspectos que también emergieron como prioritarios en este estudio. Los participantes identificaron riesgos como la broncoaspiración y la desnutrición como factores que condicionan sus prácticas de alimentación, lo cual coincide con hallazgos previos que destacan la importancia de proporcionar acompañamiento técnico especializado para mejorar la seguridad durante la ingesta (Pinillos et al., 2023). Esta orientación hacia la seguridad explica que las familias prioricen la estabilidad médica sobre otras dimensiones de la alimentación, como la variedad nutricional.

Desde la teoría del aprendizaje social de Bandura, el modelado, la observación y la práctica guiada constituyen mecanismos centrales para adquirir habilidades, especialmente en contextos donde los padres deben implementar conductas específicas y técnicamente exigentes. Sin embargo, los resultados evidencian que muchos padres carecen de oportunidades de observar intervenciones profesionales o recibir retroalimentación directa, lo cual limita su autoeficacia y dificulta la aplicación adecuada de las técnicas de manejo alimentario (Bandura, 1977). La falta de acceso a fuentes confiables de información y la escasa orientación profesional observada refuerzan la necesidad de diseñar programas educativos que integren demostraciones prácticas, ejercicios de aplicación y acompañamiento continuo, componentes que han demostrado ser efectivos en el fortalecimiento de habilidades parentales (Mukhalalati et al., 2022; Charpentier et al., 2018).

Asimismo, se identificaron barreras estructurales y emocionales que afectan la participación de las familias en procesos de aprendizaje, tales como la accesibilidad limitada a recursos comunitarios, la falta de apoyo social y la carga emocional asociada al cuidado de un niño con necesidades complejas. Estos elementos han sido ampliamente descritos en la literatura como factores que dificultan la adherencia a las recomendaciones clínicas en contextos de discapacidad y trastornos de alimentación infantil (Nazar et al.,



2020; Vargas García et al., 2023). Por ello, los programas destinados a padres deben incorporar estrategias que favorezcan la continuidad del acompañamiento, la contención emocional y la creación de redes de apoyo, generando ambientes seguros para el intercambio de experiencias y el aprendizaje colaborativo (Lara & Quintana, 2022). Los hallazgos revelan, además, una brecha significativa entre las necesidades reales de las familias y la oferta de servicios disponibles. Aunque algunos padres manifestaron haber recibido orientación de profesionales, la mayoría señaló falta de seguimiento, información insuficiente o ausencia total de apoyo. Esta situación subraya la importancia de fortalecer la articulación entre los servicios de salud y las familias, así como de implementar intervenciones sistemáticas que garanticen continuidad, claridad en los lineamientos y acompañamiento especializado.

Se deben considerar las limitaciones presentes en el estudio; la muestra fue pequeña (n=12) y proviene de una sola ciudad, lo que restringe la generalización de los resultados. Además, los datos obtenidos se basan exclusivamente en las percepciones de los participantes, lo que podría implicar sesgos de recuerdo o deseabilidad social. Se sugiere que futuras investigaciones incorporen muestras más amplias y evalúen la efectividad del programa en diferentes contextos socioculturales.

6. Conclusiones

Los hallazgos de este estudio permitieron identificar necesidades educativas específicas de los padres de niños con disfagia, particularmente relacionadas con el manejo seguro de la alimentación, la adaptación de texturas y el uso adecuado de herramientas y estrategias para favorecer la ingesta. Estas necesidades evidencian una brecha entre las demandas del entorno familiar y la disponibilidad de apoyo profesional, lo que resalta la importancia de crear intervenciones educativas estructuradas y accesibles.

A partir de estas evidencias, se diseñó un programa educativo fundamentado en la teoría del aprendizaje social de Bandura, incorporando observación, práctica guiada y retroalimentación como elementos centrales para fortalecer la autoeficacia parental. Este enfoque responde directamente a las dificultades expresadas por los cuidadores y ofrece una propuesta formativa que integra componentes técnicos, emocionales y de acompañamiento continuo.

El programa elaborado constituye una herramienta potencialmente útil para mejorar las prácticas de alimentación en el hogar y promover mayor seguridad y autonomía en los niños con disfagia. Asimismo, representa un aporte para el desarrollo de iniciativas formativas en el ámbito de la salud y la educación, al integrar la participación activa de los padres y el co-diseño como eje central del proceso. Finalmente, los resultados de esta investigación sientan las bases para futuras evaluaciones de efectividad y para el fortalecimiento de intervenciones dirigidas a familias que enfrentan desafíos similares.

Referencias

- Aguas, K. (2022). Pautas de crianza para promover las habilidades sociales en la primera infancia desde el ámbito de la animación sociocultural en el centro de desarrollo infantil camino del sol en el municipio Puerto Colombia [Tesis de Maestría, Instituto de Estudios en Educación (IESE) Universidad del Norte]. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/11651/TRABAJODEGRADOKarelysEstefannyAguasHernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ambiado-Lillo, M. M. (2024). Disfagia orofaríngea en personas con cáncer de cabeza y cuello: Un estudio de caso. *Revista de Investigación en Logopedia*, 14(2), Article 2. <https://doi.org/10.5209/rlog.90828>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Charpentier, A., Morgan, S., & Harding, C. (2018). Una evaluación del servicio de la adherencia de los padres a las directrices terapéuticas para el tratamiento de la disfagia: Informes de cuidadores familiares que apoyan a niños con necesidades complejas en Grecia. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1499048>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2022, enero 1). Estadísticas de Discapacidad. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Fang, Y., Boelens, M., Windhorst, D., Raat, H., & Van-Grieken, A. (2021). Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review—PubMed. 77(6), 2641-2661. <https://doi.org/10.1111/enero.14767>
- Guajardo, C. P., Rivera, E. P., Figueroa, C. S., & Alarcón, E. F. A. (2023). Programa educativo para el desarrollo de conocimientos en padres y cuidadores de niños con Trastorno del Espectro Autista mediante plataforma digital ConoceTEA. *Revista de Investigación en Logopedia*, 13(2), Article 2. <https://doi.org/10.5209/rlog.87151>



- Hernández, R., Baptista, P., & Fernández, C. (2014). Metodología de la investigación (6ta ed.). McGraw-Hill.
- Huiracocha, L., Newell, G., Mogrovejo, M., Marín, A., & Espinoza, K. (2023). Frecuencia de la disfagia en niños de 0 a 5 años de edad con retraso global del desarrollo. 83, 102-106.
- Lara, Y., & Quintana, L. (2022). Fortalecimiento de competencias parentales y apego: Propuesta de programa psicoeducativo para padres y madres de familia en Ciudad Juárez. 1(17), 47-78. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2022.0002>
- Mukhalalati, B., Elshami, S., Eljaam, M., Naz, F., & Hakim, A. (2022). Applications of social theories of learning in health professions education programs: A scoping review. 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.912751>
- Nazar, G., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M., Leiva, A., Labraña, A., Ramírez-Alarcón, K., Martorell, M., Ulloa, N., Lasserre-Laso, N., Troncoso-Pantoja, C., Parra-Soto, S., & Celis-Morales, C. (2020). Actitudes y prácticas parentales de alimentación infantil: Una revisión de la literatura. 47(4), 669-676. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400669>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, junio 9). Malnutrición. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Pérez, C., & Iniesta, M. (2020). Eficacia de un programa de entrenamiento a padres para la mejora del bienestar psicológico y la satisfacción familiar: Educar con una sonrisa ("Parenting with a Smile"). 13(2), 201-218. <https://doi.org/10.30552/ejep.v13i2.361>
- Pinillos, S., De los Santos, M., & García, R. (2023). Disfagia orofaríngea en la edad pediátrica. 1, 237-251.
- Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. (2024). Disfagia en niños: Causas más frecuentes y tratamiento. <https://seorl.net/disfagia-ninos/>
- Suárez, P., & Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: Una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. 12(20), 173-198. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Suárez-Escudero, J. C., Alarcón-Bolívar, D., Correa-Hernández, S. A., Bechara-Mestra, M. D., LariosGómez, M., Toro-Correa, S., Gil-Serna, J. J., & Isaza-Arias, J. A. (2022). Caracterización clínica y etiológica de una muestra de niños y adultos con disfagia atendida en dos centros asistenciales en Medellín (Colombia). Estudio retrospectivo. 35(3), 249-257. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.138>.
- Umay, E., Eyigor, S., Giray, E., Karadag-Saygi, E., Karadag, B., Durmus-Kocaaslan, N., Yuksel, D., Meltem-Demir, A., Tutar, E., Tikiz, C., & Gurcay, E. (2022). Pediatric dysphagia overview: Best practice recommendation study by multidisciplinary experts. 18, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00584-8>
- UNICEF. (2021). Notas de orientación programática para niños, niñas y adolescentes con discapacidad. <https://n9.cl/qrfjp>
- Vargas García, M. A., Delprado Aguirre, A. F., Posada Salazar, V., & Grajales Gómez, L. D. (2023). Factores limitantes del uso de las consistencias en la alimentación del paciente con disfagia: Percepción del cuidador principal. Revista de Investigación en Logopedia, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.5209/rlog.82300>
- Vargas García, M. A., Grajales Gómez, L. D., & Delprado Aguirre, F. (2022). Percepción del cuidador principal sobre los factores limitantes del uso de las consistencias en la alimentación del paciente con disfagia: Revisión sistemática. Revista de Investigación en Logopedia, 12(2), Article 2. <https://doi.org/10.5209/rlog.78284>



Anexo 1

Programa educativo co-diseñado para padres: Manejo de la alimentación en niños con disfagia.

Objetivo de Aprendizaje	Duración: Sesiones semanales de 2 horas	Actividades de Refuerzo y Estrategias Activas de Aprendizaje	Actividades Evaluativas	Contenido
Desarrollar habilidades en los padres para garantizar una alimentación segura y promover la autonomía alimentaria en niños con disfagia.	Semanas 1 a 4	Sesiones teóricas sobre la disfagia infantil, técnicas de adaptación de texturas y consistencias, uso de utensilios especializados, manejo del entorno alimentario y posicionamiento adecuado.	Evaluación continua a través de autoevaluaciones, observación directa durante actividades prácticas, portafolios de aprendizaje, y discusión grupal.	Introducción a la disfagia infantil, manejo básico y causas, adaptación de texturas y consistencias, uso de utensilios adaptados, y estrategias de manejo de la conducta durante la alimentación.
Fomentar la participación activa de los padres a través de la observación y la práctica guiada, siguiendo el modelo de Bandura.	Semanas 2 a 4	Intercambio entre padres para compartir experiencias y preocupaciones. Reflexión grupal sobre el aprendizaje y las técnicas aplicadas en el hogar.	Retroalimentación sobre los ejercicios prácticos, análisis de las soluciones propuestas, y reflexión grupal sobre las experiencias.	Aplicación de la teoría del aprendizaje social de Bandura, observación y práctica guiada, autoeficacia y refuerzo positivo durante las sesiones prácticas de alimentación asistida.
Promover la integración de los contenidos del programa en la vida diaria de las familias.	Semanas 5 a 6	Tareas prácticas a realizar en casa, crear un video educativo o un collage sobre las técnicas aprendidas, que deberán compartir en la siguiente sesión.	Evaluación final a través de los trabajos realizados por los padres (videos o collages) y la participación en la reflexión grupal final.	Diseño de estrategias individuales para cada familia con el acompañamiento de profesionales. Adaptación de las técnicas y herramientas a las necesidades específicas de cada niño y familia.

