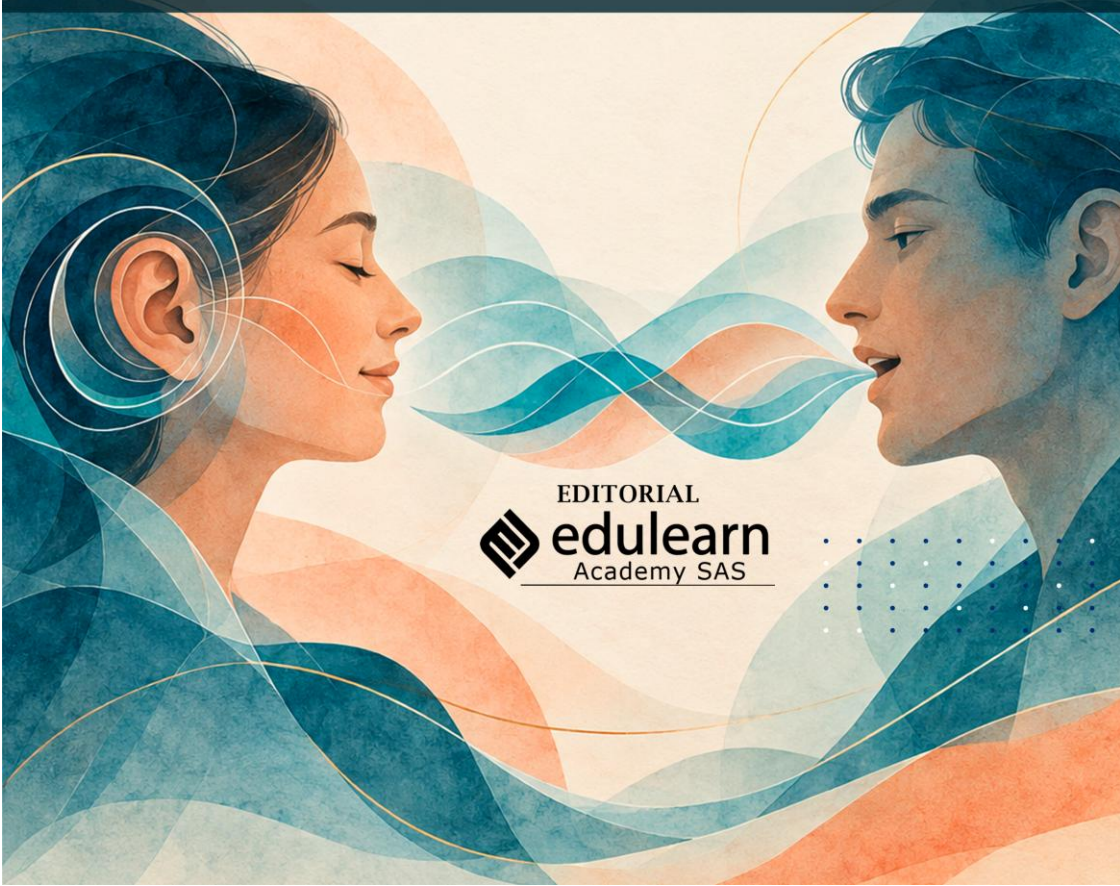
ESCUCHAR, HABLAR Y SANAR:

Comunicación, Atención Humanizada y Calidad de Vida en Otorrinolaringología

Alexander Hernández Alfonso
Lucy Yomira Jara Zea



EDITORIAL
edulearn
Academy SAS

ESCUCHAR, HABLAR

Y SANAR: Comunicación, atención humanizada y calidad de vida en otorrinolaringología

EDITORIAL
edulearn
Academy SAS

Escuchar, hablar y sanar: Comunicación, atención humanizada y calidad de vida en otorrinolaringología

Hernández Alfonso, Alexander

Jara Zea, Lucy Yomira

Editorial EduLearn Academy SAS
Website: https://editorial.edulearn.ec/
Email: editorial@edulearn.ec
Telf. (+593) 992663228
Machala, Ecuador

Primera edición, 2026 – 10 – 29
ISBN: 978-9907-831-13-9
DOI: 10.64973/edu.2026.2555
Distribución online

Cita:

Hernández Alfonso, A., & Jara Zea, L. Y. (2026). Escuchar, hablar y sanar: Comunicación, atención humanizada y calidad de vida en otorrinolaringología. Editorial EduLearn Academy SAS. https://doi.org/10.64973/edu.2026.255

EDITORIAL
edulearn
Academy SAS

Esta obra ha sido sometida a un riguroso proceso de evaluación académica bajo la modalidad de doble par ciego, con el fin de garantizar la calidad científica y editorial de su contenido. El texto y las ideas aquí desarrolladas están protegidos por la normativa vigente en materia de propiedad intelectual; queda estrictamente prohibida su reproducción total o parcial, distribución, comunicación pública o cualquier otra forma de utilización no autorizada, en cualquier medio o soporte, ya sea electrónico, mecánico, óptico, de grabación, fotocopia u otros. Toda infracción constituirá una vulneración a los derechos exclusivos de su(s) autor(es) y de la editorial, dando lugar a las acciones legales correspondientes.

Todos los derechos reservados © 2026

Hernández Alfonso, Alexander
Orcid: 0009-0001-1133-4343
Correo: ahernandez@utmachala.edu.ec
Universidad Técnica de Machala

Médico especialista en otorrinolaringología y magíster en Gerencia en Salud. Su trayectoria integra el conocimiento clínico de los trastornos del oído, la nariz, la garganta, la voz y el equilibrio con una perspectiva de organización y calidad de los servicios sanitarios. Su participación en esta obra aporta el fundamento médico, la lectura de los procesos asistenciales y la convicción de que la eficiencia solo adquiere sentido cuando se traduce en atención segura, comprensible y respetuosa. Desde esta mirada, la consulta no se reduce a identificar una lesión o indicar un procedimiento: también debe reconocer cómo cada síntoma modifica la autonomía, el trabajo, los vínculos y la vida cotidiana de la persona.

Jara Zea, Lucy Yomira
Orcid: 0000-0002-5372-709X
Correo: ljara1@utmachala.edu.ec
Universidad Técnica de Machala

Licenciada en Comunicación Social y magíster en Escritura Creativa. Se desempeña en el ámbito editorial universitario, donde articula revisión, edición, comunicación académica y acompañamiento de procesos de publicación. Es autora de obras literarias y ha desarrollado una escritura interesada en el cuerpo, la memoria, la vulnerabilidad y las formas en que las palabras permiten comprender experiencias difíciles. En este libro aporta la perspectiva comunicacional, narrativa y humana: la escucha como práctica ética, el lenguaje claro como condición de seguridad y la historia del paciente como una fuente de conocimiento que dialoga con los hallazgos clínicos. Su propuesta sostiene que humanizar no significa abandonar la precisión científica, sino hacerla comprensible y habitable.

Índice de Contenido

Introducción 17

El problema de una atención técnicamente correcta pero humanamente incompleta 17

Objetivo de la obra 18

Enfoque metodológico 19

CAPÍTULO 1. LA PERSONA ANTES QUE EL SÍNTOMA 22

1.1 De la lesión a la vida cotidiana 22

1.2 Atención centrada en la persona 26

1.3 La vulnerabilidad comunicacional 29

1.4 Experiencia del paciente y experiencia humana 33

1.5 Sufrimiento, identidad y pertenencia 37

1.6 Viñeta pedagógica: «No era solo la voz» 39

1.7 Preguntas para la práctica 40

1.8 Cierre del capítulo 41

CAPÍTULO 2. UN TERRITORIO DE CONEXIÓN: OÍDO, NARIZ, FARINGE Y LARINGE 43

2.1 Más que una suma de órganos 43

2.2 El oído: recibir sonido y sostener orientación 45

2.3 Nariz y senos paranasales: respirar, filtrar, oler 48

2.4 Faringe y deglución: un cruce de funciones 50

2.5 Laringe y voz: protección, respiración y expresión 51

2.6 Señales que requieren priorización 52

2.7 Integración sensorial a lo largo de la vida 54

2.8 Viñeta pedagógica: «Pensé que era solo la edad» 56

2.9 Preguntas para la práctica 57
2.10 Cierre del capítulo 57
CAPÍTULO 3. COMUNICACIÓN CLÍNICA QUE CUIDA 59
3.1 Comunicar también es intervenir 59
3.2 Preparar el encuentro 60
3.3 Escuchar la historia completa 61
3.4 Explicar con lenguaje claro 62
3.5 Comunicar incertidumbre 63
3.6 Conversar sobre riesgos y opciones 65
3.7 Comunicar noticias difíciles 67
3.8 Comunicar con personas con hipoacusia o disfonía 69
3.9 Cerrar el encuentro y asegurar continuidad 70
3.10 Viñeta pedagógica: «Sí, entendí» 71
3.11 Preguntas para la práctica 72
3.12 Cierre del capítulo 73
CAPÍTULO 4. LA VOZ: FUNCIÓN, IDENTIDAD Y TRABAJO ... 75
4.1 La voz no es solamente sonido 75
4.2 Cómo se produce la voz 76
4.3 La historia vocal 78
4.4 Medir lo que la persona percibe 80
4.5 Cuidado vocal sin mitos ni culpa 83
4.6 Profesionales de la voz 84
4.7 La voz a lo largo de la vida y la identidad 85
4.8 La voz después de un diagnóstico o procedimiento 86
4.9 Viñeta pedagógica: «Mi voz entra al aula antes que yo» 87

4.10 Preguntas para la práctica 88
4.11 Cierre del capítulo 88
CAPÍTULO 5. AUDICIÓN: ESCUCHAR PARA PERTENECER 90
5.1 Oír y escuchar 90
5.2 Comprender el resultado audiológico 92
5.3 Impacto en identidad, relaciones y cognición 94
5.4 Identificación a lo largo de la vida 96
5.5 Rehabilitación auditiva centrada en metas 98
5.6 Comunidad Sorda, lengua de señas e identidad 101
5.7 Tinnitus: un sonido que ocupa la atención 102
5.8 Escucha segura y prevención 104
5.9 Viñeta pedagógica: «Me cansé de pedir que repitan» 105
5.10 Preguntas para la práctica 106
5.11 Cierre del capítulo 107
CAPÍTULO 6. EQUILIBRIO: RECUPERAR CONFIANZA EN EL ESPACIO 108
6.1 El síntoma invisible 108
6.2 Describir antes de etiquetar 109
6.3 Enfermedad de Ménière e incertidumbre episódica 112
6.4 Vértigo posicional: tratar y devolver movimiento 113
6.5 Rehabilitación vestibular y compensación 114
6.6 Temor a caer y salud emocional 116
6.7 Mareo persistente, migraña vestibular y el diálogo entre cuerpo y mente 118
6.8 Seguridad doméstica y autonomía 120

6.9 Viñeta pedagógica: «Desde ese día camino mirando las paredes» 121

6.10 Preguntas para la práctica 122

6.11 Cierre del capítulo 123

CAPÍTULO 7. RESPIRAR, OLER Y DEGLUTIR: FUNCIONES ÍNTIMAS DE LA VIDA DIARIA 124

7.1 Respirar sin pensarlo 124

7.2 Rinitis y rinosinusitis: expectativas y uso prudente de tratamientos 125

7.3 El olfato: memoria, placer y alarma 127

7.4 Sabor y alimentación 130

7.5 Deglutir: seguridad y pertenencia en la mesa 130

7.6 Comunicar riesgo sin quitar autonomía 132

7.7 La mesa compartida: familia, cultura y dieta modificada 133

7.8 Sueño, respiración y vida familiar 134

7.9 Viñeta pedagógica: «La comida perdió su historia» 135

7.10 Preguntas para la práctica 136

7.11 Cierre del capítulo 136

CAPÍTULO 8. GESTIONAR SERVICIOS QUE SEPAN ESCUCHAR 138

8.1 La humanización también se administra 138

8.2 Estructura, proceso y resultado 139

8.3 Mapear el recorrido del paciente 141

8.4 Seguridad del paciente 142

8.5 Acceso, oportunidad y equidad 144

8.6 Liderazgo y cultura 145

8.7 Indicadores de una atención humanizada 147
8.8 La voz de los pacientes en la gestión 148
8.9 Mejora continua 150
8.10 Viñeta de gestión: «El resultado que nadie explicó» 151
8.11 Preguntas para la práctica 152
8.12 Cierre del capítulo 153
CAPÍTULO 9. NARRATIVA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PÚBLICA DE LA SALUD 154
9.1 La historia clínica y la historia de la persona 154
9.2 Escuchar la forma del relato 155
9.3 Escritura reflexiva para profesionales 157
9.4 Relatos de pacientes: ética antes que impacto 158
9.5 Escribir información de salud que pueda usarse 159
9.6 Accesibilidad en la comunicación digital 161
9.7 Comunicar riesgo y combatir desinformación 162
9.8 Educación del paciente como diálogo 163
9.9 Formación interdisciplinaria 164
9.10 Taller propuesto: «Escuchar lo que el síntoma cuenta» 165
9.11 Viñeta pedagógica: «El zumbido tenía una historia» 166
9.12 Preguntas para la práctica 166
9.13 Cierre del capítulo 167
Conclusiones 168
RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA 170
Para profesionales clínicos 170
Para gestores sanitarios 170

Para comunicadores y editores 170

Para docentes e investigadores 171

Glosario esencial 172

APÉNDICE A. GUION DE CONSULTA CENTRADA EN LA PERSONA 176

Antes del encuentro 176

Apertura 176

Historia y evaluación 176

Explicación y decisión 176

Cierre 176

APÉNDICE B. FICHA PARA EVALUAR MATERIALES EDUCATIVOS 178

APÉNDICE C. MATRIZ BÁSICA DE INDICADORES 179

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA 180

REFERENCIAS 181

Prólogo

Hay funciones humanas que solo advertimos cuando se vuelven frágiles. Escuchar una voz conocida, respirar sin esfuerzo, reconocer el olor de la casa, sostener el equilibrio al caminar o decir el propio nombre parecen actos sencillos hasta que una alteración los interrumpe. En ese instante, el síntoma deja de ser una palabra técnica. Se convierte en una pregunta sobre la identidad, el trabajo, la independencia, el miedo y la manera de relacionarnos con los demás.

La otorrinolaringología ocupa un territorio singular: atiende órganos y funciones que conectan a la persona con el mundo. El oído no solo registra frecuencias; permite participar en una conversación. La laringe no solo produce sonido; hace posible enseñar, cantar, pedir ayuda, trabajar y expresar afecto. El sistema vestibular no solo estabiliza la mirada; brinda seguridad para habitar el espacio. La nariz no solo conduce aire; interviene en el sueño, el gusto, la memoria y el reconocimiento del entorno. Por ello, una práctica centrada únicamente en la estructura anatómica corre el riesgo de describir correctamente la enfermedad y, al mismo tiempo, comprender de forma incompleta a quien la padece.

Este libro nació del encuentro entre dos campos que suelen trabajar por separado. La medicina aporta criterios diagnósticos, evaluación funcional, prevención, tratamiento y seguimiento. La comunicación y la escritura aportan herramientas para escuchar, explicar, interpretar

silencios y devolver al paciente una historia que pueda comprender. La gerencia en salud añade otra pregunta indispensable: ¿cómo organizar servicios capaces de sostener ese encuentro humano de manera segura, oportuna, equitativa y medible?

No proponemos sustituir la evidencia por emociones ni convertir la consulta en literatura. Proponemos una alianza. La evidencia orienta las decisiones; la experiencia del paciente revela qué significan esas decisiones en su vida. La gestión organiza recursos; la atención humanizada evita que la persona se pierda dentro del proceso. La narración ayuda a observar lo que una cifra no siempre muestra, mientras que las escalas y los indicadores permiten evaluar si la buena intención realmente produjo mejores resultados.

Cada capítulo combina fundamentos, aplicaciones, tablas de síntesis, figuras conceptuales y viñetas pedagógicas. El lector encontrará alertas para la práctica, preguntas de reflexión y propuestas de comunicación que pueden adaptarse a la consulta, la docencia y la gestión. La intención no es ofrecer recetas universales, sino formar una sensibilidad rigurosa: saber cuándo medir, cuándo explicar, cuándo derivar y, sobre todo, cuándo detenerse a escuchar.

Cómo leer este libro

El contenido está organizado en nueve capítulos. Los dos primeros establecen el enfoque integral y los fundamentos anatómicos y funcionales. El tercero presenta la comunicación clínica como una competencia de seguridad. Los capítulos cuarto a séptimo recorren la voz, la audición, el equilibrio, la respiración, el olfato y la deglución desde su doble dimensión clínica y cotidiana. El octavo traslada la humanización a la gestión de servicios. El noveno integra medicina narrativa, educación y comunicación pública de la salud.

En cada capítulo se utilizan cuatro recursos recurrentes:

- **Clave clínica:** sintetiza un principio sustentado en guías o documentos técnicos.
- **La mirada humana:** propone una lectura comunicacional o narrativa del problema.
- **Viñeta pedagógica:** presenta una situación ficticia compuesta; no corresponde a un caso real.
- **Preguntas para la práctica:** invita a revisar decisiones, lenguaje y organización del servicio.

Las tablas no reemplazan las guías clínicas. Funcionan como mapas de estudio y deben leerse junto con las fuentes. Las figuras son modelos conceptuales, no ilustraciones anatómicas para diagnóstico. Los enlaces

incluidos en las referencias permiten consultar la fuente original y comprobar su vigencia.

La obra puede utilizarse en programas de medicina, enfermería, fonoaudiología, terapia del lenguaje, audiología, comunicación, gestión sanitaria y humanidades médicas. También puede orientar talleres institucionales sobre lenguaje claro, experiencia del paciente y mejora de la calidad.

Introducción

El problema de una atención técnicamente correcta pero humanamente incompleta

Los sistemas sanitarios han desarrollado instrumentos diagnósticos y terapéuticos cada vez más precisos. Sin embargo, la experiencia de atención puede seguir siendo fragmentada: una persona repite su historia en varias ventanillas, recibe explicaciones que no comprende, espera sin saber qué ocurrirá y sale con indicaciones difíciles de aplicar. La calidad no depende únicamente de disponer de especialistas y tecnología. La Organización Mundial de la Salud, la OCDE y el Banco Mundial sostienen que los servicios de calidad deben ser efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes (World Health Organization et al., 2018).

En otorrinolaringología, esta necesidad es especialmente visible. Muchos síntomas son invisibles para los demás. El tinnitus no se escucha desde fuera; el vértigo puede interpretarse como exageración; una disfonía leve para el examinador puede representar una pérdida laboral grave para una docente; una hipoacusia puede confundirse con distracción o deterioro cognitivo. La brecha entre el hallazgo clínico y el impacto vivido exige una evaluación que incorpore actividad, participación y contexto, en consonancia con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (World Health Organization, 2001).

Esa brecha no es solamente conceptual: tiene una expresión estadística concreta en el país donde se escribe este libro. El Censo de Población y Vivienda 2022 incorporó por primera vez el enfoque del Grupo de Washington y midió dificultades funcionales permanentes en seis dominios; alrededor de siete de cada cien personas de cinco años o más declararon al menos una, y cerca de 255.000 informaron dificultad permanente para oír (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2023). El registro nacional de discapacidad, que se construye por una vía distinta —la calificación clínica—, sitúa la discapacidad auditiva en torno al 13 % de las personas registradas (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades [CONADIS], s.f.). Las dos fuentes no son comparables entre sí, y esa incomparabilidad ya dice algo: una mide lo que la persona declara sobre su vida cotidiana; la otra, lo que un equipo certifica en una consulta. Un libro sobre atención humanizada necesita las dos miradas y está obligado a explicitar cuál está usando en cada caso.

Objetivo de la obra

El objetivo general es integrar fundamentos otorrinolaringológicos, comunicación clínica, calidad asistencial y perspectiva narrativa para orientar una atención centrada en la persona. De manera específica, el libro busca:

- Explicar las principales funciones otorrinolaringológicas y su relación con la participación social.

- Identificar prácticas de comunicación que favorecen comprensión, autonomía y seguridad.
- Analizar la experiencia humana asociada con alteraciones de la voz, la audición, el equilibrio, la respiración, el olfato y la deglución.
- Proponer indicadores y procesos de gestión que permitan traducir la humanización en acciones evaluables.
- Ofrecer recursos narrativos y educativos éticos para la consulta, la formación y la comunicación pública.

Enfoque metodológico

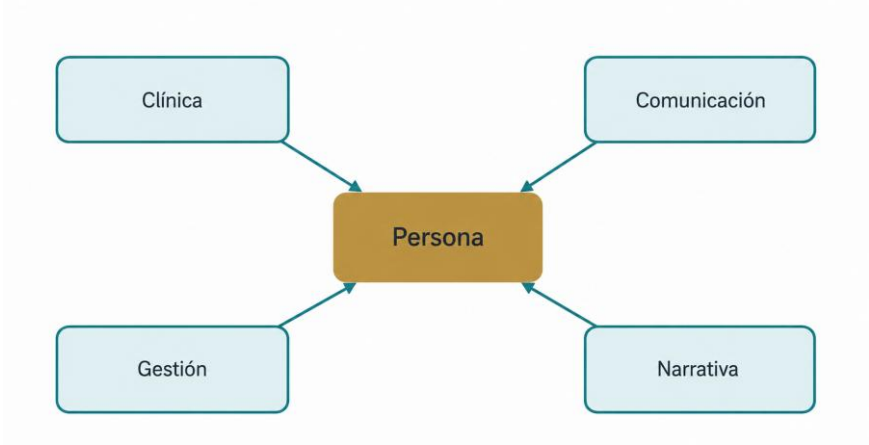
La obra es una síntesis académica narrativa sustentada en documentos oficiales, guías clínicas y literatura científica seleccionada. Se priorizaron fuentes de la Organización Mundial de la Salud, National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, Agency for Healthcare Research and Quality y American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation, así como artículos indexados en PubMed vinculados con resultados comunicacionales, calidad de vida e instrumentos informados por pacientes. Se incorporaron además fuentes regionales y en lengua española: documentos técnicos y de política de la Organización Panamericana de la Salud, estadísticas oficiales ecuatorianas del Instituto Nacional de Estadística y Censos y del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, y estudios de adaptación y validación al español de los instrumentos utilizados. Esta decisión no es decorativa. Una obra escrita desde el Ecuador no puede

apoyarse únicamente en evidencia producida en sistemas de salud con otra disponibilidad de recursos, otra distribución territorial de profesionales y otro idioma de consulta.

No se realizó una revisión sistemática ni un metaanálisis; por tanto, el libro no pretende agotar la evidencia ni establecer recomendaciones independientes. Las afirmaciones clínicas se presentan con su referencia y se evita detallar esquemas farmacológicos o procedimientos que dependan de una evaluación individual. Las reflexiones narrativas son interpretaciones de los autores y se distinguen de la evidencia empírica.

Figura 1

Modelo integrador de la obra



Nota. Elaboración propia.

En otorrinolaringología, recuperar una función es también recuperar una posibilidad de vida. Escuchar devuelve participación. Respirar

devuelve descanso. Hablar devuelve identidad. Estabilizar la mirada devuelve la confianza necesaria para salir de casa. El resultado clínico y el resultado humano no compiten por el mismo espacio; son dos maneras de mirar el mismo cuidado, y una atención verdaderamente efectiva necesita las dos.

CAPÍTULO 1. LA PERSONA ANTES QUE EL SÍNTOMA

Propósito del capítulo. Comprender por qué la atención otorrinolaringológica requiere integrar estructura, función, experiencia, contexto y organización del servicio.

Conceptos clave. Modelo biopsicosocial; enfermedad y dolencia; funcionamiento; participación; atención centrada en la persona; vulnerabilidad comunicacional; decisiones compartidas; resultados informados por la persona.

Preguntas orientadoras. ¿Qué pierde una persona cuando pierde una función? ¿Qué información no aparece en una exploración física? ¿Cómo puede un servicio medir la experiencia sin reducirla a una encuesta de cortesía?.

1.1 De la lesión a la vida cotidiana

El razonamiento clínico necesita localizar estructuras, reconocer patrones y estimar riesgos. Esa precisión es irrenunciable. Sin embargo, la lesión no explica por sí sola la magnitud de una experiencia. Dos personas con hallazgos similares pueden informar consecuencias distintas porque cambian su ocupación, entorno acústico, red de apoyo, expectativas, alfabetización en salud y recursos económicos. El modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977) cuestionó la idea de que una explicación biomédica fuera suficiente para comprender toda enfermedad. Su vigencia se aprecia con claridad en los trastornos de comunicación y equilibrio.

La antropología médica aportó una distinción que sigue siendo útil en la consulta: la enfermedad, entendida como la alteración biológica que el profesional identifica, y la dolencia, entendida como la experiencia que la persona vive, interpreta y narra (Kleinman et al., 1978). Ambas son reales, pero no siempre coinciden. Una perforación timpánica pequeña puede preocupar poco a quien apenas la percibe y mucho a quien practica natación de manera profesional; una disfonía calificada como leve en la escala perceptiva puede resultar devastadora para una cantante o una docente. Kleinman et al. (1978) propusieron explorar los modelos explicativos del paciente, es decir, qué cree que le ocurre, por qué piensa que comenzó, qué teme y qué tratamiento espera, porque las discrepancias no conversadas entre el modelo profesional y el del paciente tienden a expresarse después como desacuerdo, abandono del tratamiento o desconfianza.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento distingue funciones y estructuras corporales, actividades, participación, factores ambientales y factores personales (World Health Organization, 2001). Aplicada a la otorrinolaringología, esta organización transforma la entrevista. Frente a una disfonía, no basta preguntar cuándo comenzó: conviene saber cuánto necesita hablar la persona, en qué ambientes, con qué consecuencias y qué significado atribuye a su voz. Frente a una hipoacusia, la audiometría debe dialogar con la capacidad de seguir conversaciones, trabajar, estudiar y mantener vínculos. Frente al vértigo,

la frecuencia de los episodios se complementa con el temor a caer, conducir o salir sin compañía.

La investigación epidemiológica confirma que estas consecuencias no son anecdóticas. En un estudio poblacional, el 57,7 % de los docentes informó haber tenido un trastorno de la voz a lo largo de su vida, frente al 28,8 % de las personas que no ejercían la docencia; los docentes, además, refirieron con mayor frecuencia ausencias laborales atribuidas a la voz (Roy et al., 2004). La pérdida auditiva se asocia con soledad y aislamiento social (Shukla et al., 2020) y fue identificada por la Comisión Lancet como el factor de riesgo potencialmente modificable de demencia con mayor peso poblacional (Livingston et al., 2020). En adultos de 40 años o más, Agrawal et al. (2009) encontraron evidencia de disfunción vestibular en el 35,4 % de la muestra, con un aumento importante de la probabilidad de caídas entre quienes presentaban síntomas. Los trastornos del olfato se relacionan con dificultades para detectar peligros, cambios en la alimentación, inseguridad sobre la propia higiene y síntomas depresivos (Croy et al., 2014). En la disfagia, el 41 % de las personas encuestadas por Ekberg et al. (2002) refirió ansiedad o pánico durante las comidas y el 36 % evitaba comer en compañía. Cada una de estas cifras describe una pérdida de participación y no solo una alteración de órgano.

Tabla 1

Lectura integral del síntoma otorrinolaringológico

Dimensión	Pregunta clínica	Evidencia posible	Ejemplo humano
Estructura/ función	¿Qué sistema puede estar comprometido?	Exploración y pruebas indicadas	Cambio de voz, audición, equilibrio, olfato o deglución
Actividad	¿Qué tarea se volvió difícil?	Entrevista y medida funcional	Dar clase, llamar por teléfono, caminar, comer
Participación	¿Qué espacio de vida se abandonó?	Relato y resultado informado	Trabajo, estudio, reuniones, cuidado familiar
Entorno	¿Qué barrera o apoyo modifica el problema?	Ruido, accesibilidad, red de apoyo	Aula sin amplificación o vivienda sin alarmas visuales
Significado	¿Qué teme o espera la persona?	Preguntas abiertas	Pérdida de identidad, autonomía o pertenencia

Nota. Elaboración propia basada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (World Health Organization, 2001).

Este enfoque no significa que toda consulta deba convertirse en una evaluación extensa. Significa formular algunas preguntas de alto valor: «¿Qué actividad le resulta ahora más difícil?», «¿Qué es lo que más le preocupa de este síntoma?» y «¿Qué resultado consideraría

importante?». Las respuestas ayudan a priorizar, identificar barreras y construir metas que tengan sentido para la persona.

Los factores personales y ambientales merecen una atención especial porque suelen quedar fuera del registro clínico. La edad, la ocupación, el nivel educativo, la lengua materna, las creencias sobre la enfermedad y la experiencia previa con los servicios modulan tanto el impacto del síntoma como la respuesta al tratamiento. El entorno puede actuar como barrera o como facilitador: una misma pérdida auditiva produce limitaciones distintas en un aula reverberante que en una oficina con buena acústica, y un audífono entregado sin acompañamiento para su adaptación puede terminar guardado en un cajón. La Organización Mundial de la Salud subraya que la falta de acceso a servicios, tecnologías y rehabilitación explica buena parte de la carga de la pérdida auditiva en el mundo (World Health Organization, 2021a). Reconocer estas condiciones no diluye la responsabilidad clínica; la sitúa en el contexto donde el tratamiento tendrá que funcionar.

1.2 Atención centrada en la persona

La OMS describe la atención integrada centrada en las personas como una relación de largo plazo en la que la información, la toma de decisiones y la prestación de servicios se comparten (World Health Organization, 2016). El cambio es conceptual: el paciente deja de ser un receptor pasivo y se reconoce como participante con conocimientos sobre su propia vida. La experiencia profesional conserva su

responsabilidad técnica, pero se expresa mediante diálogo, transparencia y respeto por preferencias informadas.

Esta orientación no es nueva ni periférica. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos incluyó la centralidad en el paciente entre las seis dimensiones de la calidad, junto con la seguridad, la efectividad, la oportunidad, la eficiencia y la equidad, y la definió como una atención respetuosa y receptiva ante las preferencias, necesidades y valores de cada persona, que asegura que esos valores orienten las decisiones clínicas (Institute of Medicine, 2001). Epstein y Street (2011) advierten, sin embargo, que el concepto corre el riesgo de vaciarse si se reduce a amabilidad o a la simple oferta de un menú de opciones. Su valor reside en una relación que permite conocer a la persona, informar con honestidad, deliberar con ella y acompañarla en la incertidumbre.

En la práctica, la atención centrada en la persona incluye al menos seis movimientos. Primero, reconocer la agenda del paciente, que puede no coincidir con la del profesional. Segundo, explorar el impacto funcional y emocional. Tercero, explicar hallazgos y límites de incertidumbre con lenguaje claro. Cuarto, presentar alternativas razonables con beneficios, riesgos y exigencias. Quinto, acordar un plan compatible con valores y posibilidades. Sexto, asegurar continuidad y acceso a preguntas posteriores.

Un desarrollo complementario, la atención centrada en la relación, recuerda que el vínculo entre profesionales, pacientes, familias y equipos

forma parte del proceso terapéutico. Desde esta perspectiva, las emociones, los valores y los límites del propio profesional también participan en el encuentro, y la calidad de la relación influye en lo que la persona se atreve a contar y en lo que el equipo logra comprender (Beach et al., 2006). En otorrinolaringología, donde muchas condiciones son crónicas o recurrentes, esa relación suele extenderse durante años y atraviesa distintas etapas de la vida de la persona.

La decisión compartida no equivale a trasladar toda la responsabilidad al paciente. El modelo de Elwyn et al. (2012) propone anunciar que existe una elección, conversar sobre opciones y apoyar una decisión. Su desarrollo posterior organiza el proceso como conversación de equipo, conversación de opciones y conversación de decisión (Elwyn et al., 2017). En otorrinolaringología, este modelo resulta útil cuando existen alternativas con balances distintos entre vigilancia, rehabilitación, tratamiento médico o intervención, siempre dentro de la indicación clínica correspondiente.

Barry y Edgman-Levitan (2012) describieron la decisión compartida como la cumbre de la atención centrada en el paciente, en particular para las decisiones sensibles a preferencias, es decir, aquellas en las que existe más de una opción razonable y la mejor depende de cómo cada persona valora beneficios, riesgos y cargas. Las ayudas para la toma de decisiones mejoran el conocimiento de las opciones y la precisión con que se perciben los riesgos, reducen el conflicto decisional y favorecen

elecciones más coherentes con los valores de la persona (Stacey et al., 2017). La especialidad ofrece numerosos ejemplos de este tipo de decisiones: elegir entre observación y cirugía en algunos trastornos crónicos, definir el momento de iniciar el uso de audífonos o de valorar un implante coclear, o ponderar un tratamiento quirúrgico de la rinosinusitis crónica frente a la continuidad del manejo médico. En todas ellas, la evidencia delimita las opciones razonables, pero no dicta por sí sola cuál es la más adecuada para esa persona.

> **LA MIRADA HUMANA**
>
> Una persona no llega a la consulta como una página en blanco. Llega después de buscar explicaciones, escuchar opiniones familiares y ensayar formas de ocultar el síntoma. Antes de preguntar «¿qué tiene?», quizá ya se preguntó «¿seguiré siendo yo si mi voz cambia?» o «¿cómo voy a trabajar si no escucho?». La atención humanizada empieza cuando esas preguntas pueden entrar en la consulta sin ser consideradas una distracción.

1.3 La vulnerabilidad comunicacional

El entorno clínico produce una asimetría inevitable. El profesional conoce el lenguaje, los circuitos y los riesgos; el paciente puede estar ansioso, fatigado o limitado precisamente en su capacidad para escuchar o hablar. La vulnerabilidad comunicacional no depende solo del nivel educativo. Una persona experta en su campo puede tener dificultades para comprender una explicación médica bajo estrés. Además, los

trastornos otorrinolaringológicos pueden afectar el canal utilizado para informar: una persona con hipoacusia no puede beneficiarse de instrucciones dadas desde otra habitación; alguien con disfonía severa puede no lograr formular preguntas; quien atraviesa un episodio vertiginoso puede concentrarse con dificultad.

Por eso la respuesta institucional no puede esperar a que alguien reúna el valor de pedir ayuda: debe anticiparse. Confirmar cómo prefiere comunicarse la persona. Bajar el ruido. Mirarla mientras se le habla. Entregar apoyos escritos que puedan leerse de verdad. Admitir a un acompañante cuando ella lo desea. Contar con interpretación profesional si existe una barrera lingüística o de lengua de señas. Nada de esto es una cortesía que se agrega al final del acto médico, cuando sobra tiempo. Son las condiciones mínimas para que un consentimiento sea válido y para que la atención sea segura.

El método teach-back o de comprobación de comprensión solicita que la persona explique con sus propias palabras qué hará o qué entendió. La AHRQ subraya que no es una prueba de memoria del paciente, sino una prueba de claridad del profesional; cuando aparece una confusión, se explica de otra forma y se verifica nuevamente (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2024). La pregunta «¿entendió?» suele producir un «sí» por cortesía o vergüenza. En cambio, «para comprobar que lo expliqué bien, ¿cómo cuidará su voz esta semana?» genera información útil.

La evidencia muestra que estas barreras tienen consecuencias concretas. En grupos focales con personas sordas o con hipoacusia, Iezzoni et al. (2004) documentaron dificultades para comprender diagnósticos e indicaciones, temor a cometer errores con la medicación y situaciones en las que la persona aceptaba procedimientos sin haber comprendido lo que se le proponía. En hospitales de agudos, los pacientes con problemas de comunicación presentaron un riesgo aproximadamente tres veces mayor de sufrir eventos adversos prevenibles que quienes no tenían estas dificultades (Bartlett et al., 2008). La vulnerabilidad comunicacional, por tanto, no es solo un problema de trato: es un problema de seguridad del paciente.

A estas barreras se suma la fragilidad de la memoria en los contextos clínicos. Entre el 40 % y el 80 % de la información médica puede olvidarse de inmediato, y una parte de lo que se recuerda se recuerda de manera incorrecta; el olvido aumenta cuando la persona está ansiosa y cuando recibe mucha información en poco tiempo (Kessels, 2003). La baja alfabetización en salud, por su parte, se asocia con más hospitalizaciones, más visitas a urgencias, menor uso de servicios preventivos y menor capacidad para interpretar indicaciones y etiquetas de medicamentos (Berkman et al., 2011). En un estudio con pacientes con diabetes y baja alfabetización en salud, los médicos comprobaron la comprensión en una minoría de las consultas, pero cuando lo hicieron sus pacientes tuvieron mayor probabilidad de alcanzar un buen control glucémico (Schillinger et al., 2003). La comprobación de comprensión

es, por tanto, una intervención breve con efectos que trascienden la conversación.

En la práctica otorrinolaringológica, algunas adaptaciones resultan especialmente pertinentes porque responden a la forma en que cada condición afecta la comunicación. Registrarlas en la historia clínica evita que la persona tenga que explicarlas de nuevo en cada visita y permite que todo el equipo, desde la recepción hasta la sala de procedimientos, actúe de manera coherente.

Tabla 2

Adaptaciones comunicativas según la condición otorrinolaringológica

Situación	Barrera principal	Adaptación recomendada	Verificación
Hipoacusia	Pérdida de información auditiva; dependencia de la lectura labial	Hablar de frente, con luz sobre el rostro y sin cubrir la boca; reducir el ruido; comprobar audífono o implante; apoyo escrito o subtitulado	Comprobación de comprensión del plan y de las señales de alarma
Disfonía severa o laringectomía	Dificultad o fatiga para expresarse	Tiempo adicional; pizarra, texto o aplicación de voz; preguntas breves sin renunciar a las abiertas	Confirmar que pudo formular todas sus preguntas

Situación	Barrera principal	Adaptación recomendada	Verificación
Vértigo agudo	Náusea, ansiedad y baja concentración	Información esencial y breve; indicaciones por escrito; incluir al acompañante; contacto posterior	Revisar la comprensión cuando cede la crisis
Disfagia u odinofagia	Molestia al hablar; temor a atragantarse	Ritmo pausado; aceptar respuestas no verbales; pautas de alimentación por escrito	Demostración práctica de las pautas acordadas
Barrera lingüística o lengua de señas	Lengua distinta de la del servicio	Intérprete profesional; evitar que familiares o menores actúen como intérpretes	Comprobación de comprensión mediada por el intérprete

Nota. Elaboración propia basada en Agency for Healthcare Research and Quality (2024), Bartlett et al. (2008) e Iezzoni et al. (2004).

1.4 Experiencia del paciente y experiencia humana

La experiencia del paciente puede medirse mediante acceso, tiempos, comunicación, coordinación y trato. Sin embargo, una puntuación global no explica por sí sola qué ocurrió. Conviene combinar indicadores cuantitativos con preguntas abiertas, observación de procesos y análisis de quejas. La humanización se vuelve operativa cuando se pregunta, por ejemplo, cuántos pacientes recibieron el plan por escrito, cuántos comprendieron señales de alarma, cuántos abandonaron el seguimiento y por qué.

La satisfacción, además, no es sinónimo de calidad. Una persona puede sentirse satisfecha con una prescripción innecesaria y, a la inversa, sentirse incómoda ante una explicación honesta que contradice sus expectativas. La meta es una experiencia respetuosa dentro de una atención basada en evidencia. La calidad exige efectividad y seguridad, pero también oportunidad, equidad, integración y centralidad en la persona (World Health Organization et al., 2018).

Conviene distinguir dos familias de medidas. Las medidas de experiencia informadas por el paciente (PREM, por sus siglas en inglés) describen qué ocurrió durante la atención: si recibió explicaciones comprensibles, si se sintió escuchado, si supo a quién acudir ante una duda. Las medidas de resultado informadas por el paciente (PROM) describen cómo cambió su salud o su funcionamiento desde su propia perspectiva. Ambas se relacionan, aunque de manera modesta, y no son intercambiables (Black et al., 2014). Una revisión sistemática encontró asociaciones positivas y consistentes entre la experiencia del paciente, la seguridad y la efectividad clínica, lo que contradice la idea de que la experiencia sea un dominio blando o secundario (Doyle et al., 2013).

El modelo de Donabedian (1988), que evalúa la calidad a partir de la estructura, el proceso y el resultado, ofrece un marco sencillo para convertir la humanización en indicadores. En la estructura, pueden observarse la existencia de espacios silenciosos, sistemas de llamada visual o intérpretes disponibles. En el proceso, puede medirse la

proporción de consultas en las que se explora la preocupación principal del paciente, se aplica la comprobación de comprensión o se entrega un plan escrito. En el resultado, pueden registrarse el cambio en instrumentos funcionales, la comprensión de las señales de alarma y la continuidad en la rehabilitación.

La otorrinolaringología dispone de instrumentos validados para medir el impacto de los síntomas desde la perspectiva de la persona. Su uso sistemático permite documentar lo que la exploración no muestra y evaluar si una intervención produjo un cambio que la persona considera relevante.

Tabla 3

Instrumentos de resultado informados por la persona en otorrinolaringología

Instrumento	Dominio	Qué explora	Referencia
Voice Handicap Index (VHI) y VHI-10	Voz	Impacto funcional, físico y emocional de la disfonía	Jacobson et al. (1997); Rosen et al. (2004)
Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE)	Audición	Consecuencias emocionales y sociales de la pérdida auditiva en personas mayores	Ventry y Weinstein (1982)
Tinnitus Handicap Inventory (THI)	Acúfeno	Discapacidad percibida asociada al acúfeno	Newman et al. (1996)

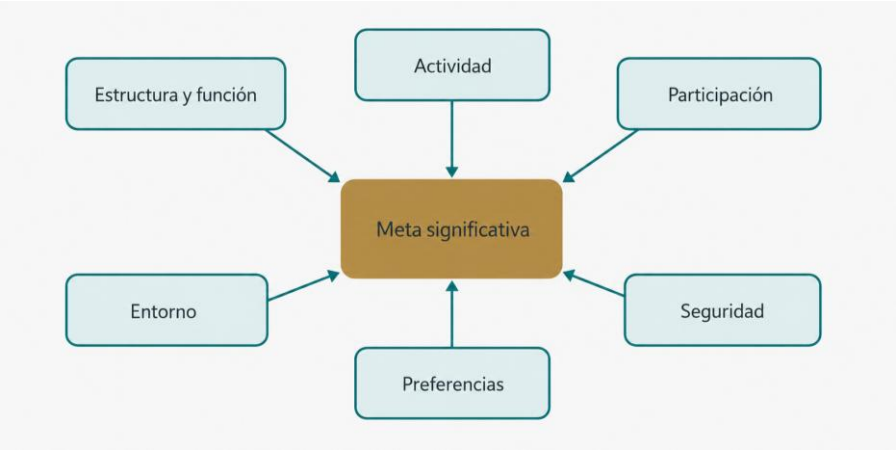
Instrumento	Dominio	Qué explora	Referencia
Dizziness Handicap Inventory (DHI)	Equilibrio	Limitaciones físicas, funcionales y emocionales por mareo	Jacobson y Newman (1990)
Sinonasal Outcome Test (SNOT-22)	Nariz y senos paranasales	Síntomas sinonasales y su repercusión en el sueño, el ánimo y la actividad	Hopkins et al. (2009)
Eating Assessment Tool (EAT-10)	Deglución	Percepción de dificultad para tragar y su impacto	Belafsky et al. (2008)

Nota. Elaboración propia. El uso clínico requiere versiones validadas en la lengua y la población de aplicación.

Estos instrumentos no reemplazan la exploración ni las pruebas objetivas: las complementan. Su valor clínico aparece cuando se utilizan para conversar, por ejemplo, «veo que marcó que casi siempre evita las reuniones; ¿puede contarme qué ocurre?», y cuando se repiten para evaluar el cambio a lo largo del tiempo. Su aplicación exige versiones adaptadas culturalmente; existen validaciones al español, como la del VHI y su versión abreviada (Núñez-Batalla et al., 2007) y la versión argentina del DHI (Caldara et al., 2012).

Figura 2

Dimensiones de una atención otorrinolaringológica centrada en la persona



Nota. Elaboración propia basada en Engel (1977), World Health Organization (2001, 2016) y World Health Organization et al. (2018).

1.5 Sufrimiento, identidad y pertenencia

Cassell (1982) sostuvo que el sufrimiento lo experimentan las personas, no los cuerpos, y que surge cuando la persona percibe una amenaza a su integridad o a su continuidad. Esta idea ayuda a entender por qué dos pacientes con la misma alteración pueden sufrir de manera tan distinta, y por qué el alivio de un síntoma no siempre alivia el sufrimiento. En otorrinolaringología esa amenaza adopta una forma particular, porque las funciones comprometidas sostienen la identidad y el vínculo: la voz con la que alguien se presenta ante los demás, el oído con el que participa en una conversación, el equilibrio que le permite moverse con

autonomía, el olfato y el gusto que acompañan la memoria y la comida compartida.

La pérdida de estas funciones rara vez es solo individual. Afecta a la familia que debe repetir las frases, al equipo de trabajo que reorganiza tareas y a la comunidad que deja de escuchar una voz. Por eso muchas personas desarrollan estrategias de ocultamiento: fingir que entendieron, evitar el teléfono, dejar de cantar o rechazar invitaciones a comer fuera de casa. Estas estrategias son comprensibles, pero retrasan la consulta y profundizan el aislamiento. En la hipoacusia, por ejemplo, la relación con la soledad y el aislamiento social está bien documentada (Shukla et al., 2020). Preguntar por lo que la persona ha dejado de hacer suele revelar más sobre el impacto del síntoma que preguntar solo por su intensidad.

Charon (2001) propuso la medicina narrativa como la competencia para reconocer, absorber, interpretar y conmoverse con las historias de enfermedad. No se trata de un complemento literario, sino de una habilidad clínica: escuchar cómo la persona organiza su relato permite identificar qué teme perder, qué ha intentado ya y qué resultado consideraría valioso. Esta competencia se desarrolla con mayor detalle en el capítulo 9.

LA MIRADA HUMANA

Hay pérdidas que no aparecen en ningún informe. La abuela que ya no escucha a sus nietos por teléfono. El locutor que evita hablar para que no noten su voz. La mujer que no percibe el olor del humo y teme quedarse sola en casa. Ninguna de estas frases cabe en una casilla del formulario, pero todas cambian lo que significa un buen resultado. Preguntar por ellas no alarga la consulta sin sentido: la orienta.

1.6 Viñeta pedagógica: «No era solo la voz»

Una docente de 42 años consulta por seis semanas de disfonía. La alteración es descrita inicialmente como moderada. Durante la entrevista, ella explica que ha reducido sus clases, evita reuniones y teme perder su contrato. También admite que habla durante horas sin amplificación y que, por vergüenza, no pidió ajustes laborales. La evaluación de la laringe y el manejo especializado son esenciales; pero la historia muestra que el problema incluye carga vocal, condiciones de trabajo, miedo y participación social.

La viñeta permite identificar tres niveles de intervención. En el nivel clínico, se investiga la causa y se cumplen las recomendaciones de evaluación laríngea para disfonía persistente o ante factores de alarma (Stachler et al., 2018). En el nivel funcional, se evalúa la demanda vocal y se coordina rehabilitación cuando corresponde. En el nivel humano y

organizacional, se explican expectativas, se documentan posibles adaptaciones y se acuerda seguimiento.

Al incorporar las preguntas de alto valor, el plan dejó de limitarse a una indicación de reposo vocal y una nueva cita. El equipo acordó con la docente metas concretas: dictar dos horas de clase sin fatiga al finalizar la terapia, recuperar su participación en las reuniones y solicitar un sistema de amplificación. Se aplicó el VHI-10 como línea de base para valorar el cambio desde su propia perspectiva (Rosen et al., 2004), se explicaron con claridad los signos que justificarían una revaluación anticipada y se verificó lo comprendido mediante el método teach-back. La paciente pidió además un informe breve para su institución que describiera sus necesidades sin revelar detalles clínicos innecesarios.

El caso muestra que el diagnóstico y la humanización no compiten. La historia completa mejoró la calidad de las decisiones clínicas, aclaró qué resultado importaba y abrió la puerta a intervenciones sobre el entorno laboral que ninguna exploración, por precisa que fuera, habría sugerido por sí sola.

Nota ética: esta situación es ficticia y no representa a una paciente real.

1.7 Preguntas para la práctica

- ¿La historia clínica registra la actividad que más preocupa al paciente?

- ¿El servicio identifica necesidades de apoyo comunicativo antes de la consulta?
- ¿Las instrucciones se entregan en un formato que la persona puede usar?
- ¿La decisión documentada refleja opciones y preferencias o solo una orden?
- ¿Los indicadores de calidad incluyen continuidad y comprensión?
- ¿Se exploran las creencias, los temores y las expectativas de la persona sobre su síntoma?
- ¿Se utilizan instrumentos de resultado informados por el paciente validados en su lengua?
- ¿El servicio cuenta con intérpretes profesionales y apoyos para personas con hipoacusia?
- ¿Se aplica la comprobación de comprensión antes de cerrar la consulta?
- ¿Las situaciones con varias opciones razonables se documentan como decisiones compartidas?

1.8 Cierre del capítulo

Poner a la persona antes que el síntoma no significa retrasar el diagnóstico. Significa reconocer qué debe proteger el diagnóstico. La función corporal, la autonomía y la participación forman un continuo. Cuando la medicina escucha el impacto vivido, puede priorizar mejor, comunicar con mayor seguridad y evaluar resultados que importan.

Los capítulos siguientes desarrollan estas ideas en cada territorio funcional: la red anatómica y funcional del oído, la nariz, la faringe y la laringe (capítulo 2), la comunicación clínica (capítulo 3), la voz, la audición, el equilibrio y las funciones de respirar, oler y deglutir (capítulos 4 a 7), la gestión de servicios (capítulo 8) y la narrativa (capítulo 9). En todos ellos se mantiene la misma pregunta de fondo: qué necesita esta persona para volver a participar en su vida y cómo puede el servicio ayudarla a lograrlo con seguridad, evidencia y respeto.

CAPÍTULO 2. UN TERRITORIO DE CONEXIÓN: OÍDO, NARIZ, FARINGE Y LARINGE

> **Propósito del capítulo.** Revisar los fundamentos funcionales del campo otorrinolaringológico y vincularlos con experiencias cotidianas sin sustituir textos especializados de anatomía o fisiología.
>
> **Conceptos clave.** Audición; sistema vestibular; vía aérea superior; olfato; resonancia; fonación; deglución; integración sensorial.
>
> **Advertencia.** Las figuras de este capítulo son conceptuales. No deben utilizarse para localizar lesiones ni planificar procedimientos.

2.1 Más que una suma de órganos

El oído, la nariz, la faringe y la laringe se estudian por regiones, pero en la vida funcionan como una red. Respiración, deglución, fonación, audición, olfato y equilibrio se coordinan con sistemas neurológicos, musculares y respiratorios. Una alteración en un componente puede modificar otros: la obstrucción nasal influye en el sueño y la resonancia; la pérdida auditiva cambia la autorregulación de la voz; un trastorno vestibular afecta la movilidad y la mirada; el dolor al tragar reduce la ingesta y la conversación.

Este carácter relacional explica por qué la entrevista debe evitar compartimentos rígidos. La pregunta por el síntoma principal abre la consulta, pero el profesional explora funciones asociadas y señales de

alarma. El objetivo no es acumular preguntas, sino reconocer patrones y estimar urgencia.

La magnitud de este territorio justifica esa mirada integrada. El estudio de carga global de enfermedad estimó que en 2019 alrededor de 1570 millones de personas, cerca de una de cada cinco en el mundo, vivían con algún grado de pérdida auditiva (GBD 2019 Hearing Loss Collaborators, 2021). La otitis media aguda produce más de 700 millones de episodios cada año, con una concentración importante en niños pequeños, y sus secuelas pueden incluir pérdida auditiva persistente (Monasta et al., 2012). En población general, la disfunción olfatoria alcanza una prevalencia cercana al 22 % cuando se mide con pruebas objetivas (Desiato et al., 2021), la rinosinusitis crónica afecta a alrededor del 10,9 % de los adultos europeos encuestados (Hastan et al., 2011) y aproximadamente el 7,6 % de los adultos estadounidenses refiere un problema de voz en un año, aunque solo una minoría busca atención profesional (Bhattacharyya, 2014). Las cifras varían según el método y la población estudiada, pero coinciden en un punto: los trastornos de este territorio son frecuentes, suelen coexistir y afectan funciones que sostienen la vida cotidiana.

Tabla 4

Funciones principales y repercusiones posibles

Región	Funciones	Manifestaciones orientadoras	Repercusión cotidiana
Oído externo/medio	Conducción y transmisión sonora	Dolor, secreción, sensación de oído tapado	Dificultad para escuchar y localizar sonidos
Oído interno	Audición y equilibrio	Hipoacusia, tinnitus, vértigo, inestabilidad	Fatiga comunicativa, temor a caer
Nariz/senos	Flujo, defensa, olfato, resonancia	Obstrucción, secreción, pérdida olfatoria	Sueño, alimentación, seguridad
Faringe	Respiración, resonancia, deglución	Dolor, sensación de atasco, tos al comer	Ingesta y convivencia en la mesa
Laringe	Protección, respiración, fonación	Disfonía, estridor, tos, esfuerzo	Trabajo, identidad y expresión

Nota. Síntesis educativa; las manifestaciones no son diagnósticos y requieren evaluación contextual.

2.2 El oído: recibir sonido y sostener orientación

El oído externo recoge energía sonora y la conduce hacia la membrana timpánica. El oído medio transmite y amplifica vibraciones a través de la cadena osicular, mientras que la trompa auditiva participa en la ventilación y el equilibrio de presiones. En el oído interno, la cóclea transforma la energía mecánica en señales neurales que serán procesadas

por las vías auditivas centrales. La audición final no es un simple registro: el cerebro organiza intensidad, frecuencia, temporalidad, localización y significado.

La pérdida auditiva puede localizarse de manera general en componentes conductivos, neurosensoriales o mixtos. Sin embargo, su consecuencia comunicacional depende del contexto. Escuchar una señal en una cabina silenciosa no equivale a seguir varias voces en un comedor. Por eso, la evaluación informada por el paciente complementa la medición audiológica.

Conviene recordar además que las células ciliadas de la cóclea humana no se regeneran de manera espontánea. Esta particularidad biológica explica por qué la prevención del daño por ruido o por fármacos ototóxicos tiene tanto valor y por qué, una vez establecida una pérdida neurosensorial, el objetivo terapéutico suele desplazarse desde la curación hacia la rehabilitación y el acceso a la comunicación. En la infancia, la otitis media ilustra el camino inverso: una condición frecuente y a menudo transitoria que, si se repite o persiste, puede interferir con la audición en etapas críticas para el desarrollo del lenguaje (Monasta et al., 2012). Explicar estas diferencias a las familias ayuda a distinguir lo que suele resolverse con el tiempo de lo que requiere seguimiento estrecho.

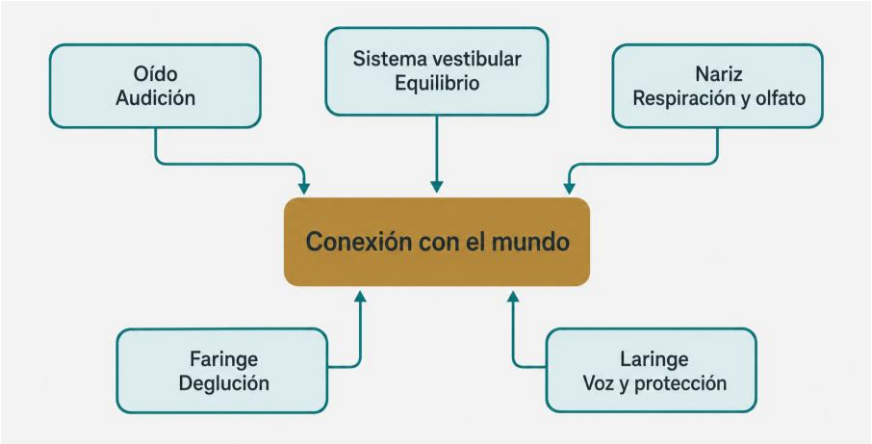
El laberinto vestibular informa sobre aceleraciones angulares y lineales y contribuye, junto con la visión y la propiocepción, a estabilizar la

mirada y la postura. El sistema nervioso integra señales que en condiciones normales resultan coherentes. Cuando existe una alteración periférica o central, la persona puede experimentar giro, inestabilidad, oscilopsia, náusea o desorientación. El término «mareo» es impreciso; la historia debe aclarar qué siente, cuánto dura, qué lo desencadena y qué síntomas lo acompañan.

El sistema vestibular trabaja casi siempre en silencio. El reflejo vestíbulo-ocular, por ejemplo, permite mantener una imagen estable en la retina mientras la cabeza se mueve, de modo que es posible leer un letrero al caminar o reconocer un rostro mientras se gira. Cuando este reflejo falla, la persona puede describir que el mundo «salta» o que no logra fijar la vista durante el movimiento. La integración con la visión y la propiocepción explica también por qué muchas personas se sienten más inestables en la oscuridad, sobre superficies irregulares o en espacios con mucho movimiento visual, como supermercados o estaciones de transporte.

Figura 3

Red funcional otorrinolaringológica



Nota. Elaboración propia. Esquema conceptual; no representa anatomía para diagnóstico.

2.3 Nariz y senos paranasales: respirar, filtrar, oler

La cavidad nasal participa en la conducción, filtración, humidificación y acondicionamiento del aire. Los cornetes aumentan la superficie de contacto; la mucosa y el transporte mucociliar contribuyen a la defensa; el tabique organiza el paso del flujo. Los senos paranasales se relacionan con ventilación, drenaje y resonancia, aunque sus funciones no deben simplificarse a una sola explicación.

El olfato conecta moléculas odorantes con receptores especializados y circuitos cerebrales vinculados con identificación, memoria, emoción y conducta alimentaria. Su alteración puede afectar seguridad —por ejemplo, al detectar humo o alimentos descompuestos— y también

placer, apetito y recuerdos. La evaluación debe diferenciar, entre otros aspectos, pérdida completa, disminución, distorsión o percepción de olores sin estímulo, además de considerar inicio, lateralidad, exposición, infección, trauma y síntomas neurológicos.

La rinosinusitis ilustra la necesidad de diagnóstico preciso y comunicación prudente. Las guías actualizadas recomiendan diferenciar cuadros virales y bacterianos y evitar que la presión por «recibir algo fuerte» desplace la evaluación clínica (Payne et al., 2025). Explicar la evolución esperada, el alivio sintomático y las señales que justifican reevaluación puede reducir tratamientos innecesarios sin dejar a la persona sintiéndose abandonada.

La rinosinusitis crónica ofrece un buen ejemplo de condición frecuente con impacto subestimado. En un estudio multicéntrico europeo con criterios epidemiológicos, cerca de uno de cada diez adultos cumplía la definición de la enfermedad (Hastan et al., 2011). Sus manifestaciones, como la obstrucción, la secreción, la presión facial y la pérdida olfatoria, no amenazan la vida en la mayoría de los casos, pero deterioran el sueño, la concentración y la alimentación. Instrumentos como el SNOT-22 permiten documentar ese impacto desde la perspectiva de la persona y seguir su evolución (Hopkins et al., 2009). Reconocer la carga de una enfermedad crónica que «no es grave» es parte de una atención centrada en la persona.

2.4 Faringe y deglución: un cruce de funciones

La faringe participa en respiración, resonancia y deglución. Tragar requiere una secuencia coordinada que protege la vía aérea y transporta el bolo. Aunque el proceso suele sentirse automático, depende de control sensorial y motor. Las dificultades pueden manifestarse como tos al comer, sensación de detención, cambios de voz después de ingerir, pérdida de peso, deshidratación o infecciones respiratorias recurrentes. La presencia y relevancia de estos signos depende del contexto; su evaluación corresponde a equipos capacitados.

La experiencia de la deglución tiene una dimensión social. Comer acompaña celebraciones, rutinas y cuidados. Cuando la persona teme atragantarse, puede evitar alimentos, comer sola o reducir la ingesta. Por ello, comunicar recomendaciones sobre texturas o estrategias exige sensibilidad: una indicación clínicamente correcta puede vivirse como una pérdida de autonomía. El plan debe explicar el motivo, los objetivos, la duración estimada y la forma de reevaluación.

La terminología también influye en la seguridad. Durante años, las texturas modificadas y los líquidos espesados se describieron con palabras distintas en cada institución, lo que favorecía errores al pasar de un servicio a otro o del hospital al hogar. La Iniciativa Internacional para la Estandarización de Dietas para la Disfagia (IDDSI) propuso un marco común de niveles numerados, colores y descriptores que abarca desde líquidos finos hasta alimentos de transición, con pruebas sencillas

para verificar la consistencia (Cichero et al., 2017). Un lenguaje compartido entre profesionales, cuidadores y cocinas reduce ambigüedades y hace posible que la persona reciba la misma indicación en cualquier lugar.

2.5 Laringe y voz: protección, respiración y expresión

La laringe protege la vía aérea, regula el paso de aire y participa en la fonación. La voz se produce mediante la interacción entre flujo respiratorio, vibración de los pliegues vocales y configuración del tracto vocal. Su calidad depende de variables anatómicas, neuromusculares, aerodinámicas, acústicas y conductuales. El resultado sonoro también se modifica por emoción, fatiga, entorno y aprendizaje.

Hablar de «cuerdas vocales» es común y comprensible, aunque «pliegues vocales» describe mejor la estructura. En la comunicación con pacientes, la precisión no exige corregir de manera humillante el vocabulario cotidiano. Puede construirse un puente: «Lo que solemos llamar cuerdas vocales son dos pliegues de tejido que vibran con el aire».

Una disfonía describe una alteración percibida en calidad, tono, intensidad o esfuerzo vocal. No es un diagnóstico etiológico. La guía de Stachler et al. (2018) enfatiza la evaluación laríngea cuando la disfonía no mejora dentro del periodo recomendado o cuando existen factores que justifican evaluación acelerada. También desalienta tratamientos empíricos inadecuados antes de visualizar la laringe en determinados escenarios. El mensaje educativo debe ser equilibrado: la mayoría de los

cambios de voz no significa una enfermedad grave, pero la persistencia o las señales de alarma requieren valoración.

Los problemas de voz son más frecuentes de lo que sugiere la demanda de atención. En una encuesta nacional estadounidense, solo alrededor del 10 % de los adultos con un problema vocal había consultado a un profesional, aunque una tercera parte lo calificaba como moderado o grave (Bhattacharyya, 2014). Esta brecha sugiere que muchas personas normalizan la ronquera, la atribuyen al cansancio o desconocen que existen servicios especializados. La educación pública puede ayudar a reconocer cuándo una disfonía merece evaluación, sin alarmar ante cambios pasajeros.

> **LA MIRADA HUMANA**
>
> La anatomía nombra estructuras; la historia clínica descubre lo que esas estructuras sostienen. Para una cantante, la voz puede ser instrumento y proyecto. Para un abuelo, escuchar puede significar seguir conversando con sus nietos. Para una persona que vive sola, el equilibrio puede separar independencia de dependencia. La pregunta humana no reemplaza la exploración: le da dirección.

2.6 Señales que requieren priorización

Una obra general no puede enumerar todos los escenarios urgentes ni sustituir protocolos locales. Sí puede establecer un principio: algunas combinaciones de inicio súbito, compromiso respiratorio, sangrado,

déficit neurológico, incapacidad para deglutir, pérdida auditiva repentina, masa cervical persistente o deterioro rápido exigen evaluación prioritaria. La pérdida auditiva neurosensorial súbita, por ejemplo, es una condición sensible al tiempo y la guía recomienda distinguirla tempranamente de causas conductivas y realizar la evaluación correspondiente (Chandrasekhar et al., 2019).

Tabla 5

Situaciones generales que requieren priorización

Situación	Riesgo que debe considerarse	Conducta comunicacional
Dificultad respiratoria o estridor	Compromiso de vía aérea	Activar atención urgente según protocolo; no retrasar por trámites
Pérdida auditiva de inicio súbito	Condición sensible al tiempo	Explicar urgencia y ruta de evaluación
Mareo con déficit neurológico, síncope o dolor torácico	Causa central o sistémica	Derivar de inmediato según presentación y protocolo
Incapacidad para deglutir, deshidratación o aspiración sospechada	Compromiso nutricional o respiratorio	Indicar evaluación prioritaria y señales de alarma
Masa cervical persistente, sangrado o deterioro rápido	Patología relevante que requiere estudio	Evitar falsa tranquilidad; definir plazo y responsable

Nota. Tabla orientadora, no exhaustiva. Deben aplicarse protocolos locales y juicio clínico.

La comunicación de una señal de alarma debe evitar dos errores. El primero es minimizar: «espere a ver si se pasa» sin criterios ni plazo. El segundo es alarmar sin orientación. Un mensaje seguro indica qué observar, dónde acudir, con qué urgencia y qué información llevar. También confirma que la persona puede cumplir la instrucción.

2.7 Integración sensorial a lo largo de la vida

Las funciones del territorio otorrinolaringológico cambian con la edad y rara vez lo hacen de manera aislada. En un estudio poblacional con adultos mayores estadounidenses, dos terceras partes presentaban déficit en dos o más sentidos, y los autores propusieron que existe un proceso común de declive sensorial asociado con el envejecimiento (Correia et al., 2016). La capacidad para identificar olores alcanza su punto más alto entre la tercera y la quinta década y disminuye de forma marcada a partir de la séptima: más de la mitad de las personas de 65 a 80 años y más de tres cuartas partes de las mayores de 80 presentaban un deterioro olfatorio importante en el estudio clásico de Doty et al. (1984).

Esta acumulación de pérdidas tiene consecuencias prácticas. Una persona mayor que escucha menos, percibe peor los olores, se siente inestable al caminar y tiene dificultad para tragar ciertos alimentos enfrenta riesgos que se potencian entre sí: caídas, aislamiento,

desnutrición, accidentes domésticos y dependencia. La disfunción vestibular es frecuente en adultos de mediana edad y mayores, y se asocia con un aumento del riesgo de caídas (Agrawal et al., 2009). Por eso, la evaluación de una queja sensorial en la vejez debería incluir preguntas breves sobre los demás sentidos y sobre la seguridad en el hogar.

Tabla 6

Cambios sensoriales asociados con el envejecimiento y su repercusión

Función	Cambio frecuente	Riesgo asociado	Pregunta útil
Audición	Dificultad para entender el habla en ambientes ruidosos	Aislamiento, malentendidos, fatiga	«¿En qué situaciones le cuesta más seguir una conversación?»
Equilibrio	Menor estabilidad y respuesta más lenta ante cambios de posición	Caídas y temor a salir	«¿Ha dejado de hacer algo por miedo a caerse?»
Olfato	Menor capacidad para identificar olores	No detectar humo, gas o alimentos dañados	«¿Cómo sabe si un alimento está en mal estado?»
Deglución	Menor eficiencia y reserva en la deglución	Atragantamiento, desnutrición, neumonía	«¿Ha evitado ciertos alimentos o comer acompañado?»

Función	Cambio frecuente	Riesgo asociado	Pregunta útil
Voz	Menor intensidad y resistencia vocal	Menor participación social	«¿Siente que su voz ya no se escucha como antes?»

Nota. Elaboración propia basada en Agrawal et al. (2009), Correia et al. (2016) y Doty et al. (1984). Los cambios asociados con la edad no deben asumirse sin evaluación.

El reconocimiento de estos cambios no debe convertirse en resignación. Atribuir cualquier síntoma a «la edad» puede retrasar diagnósticos tratables y transmitir que la pérdida de función es inevitable. La tarea clínica consiste en distinguir lo que corresponde al envejecimiento esperado de lo que requiere estudio, y en ofrecer estrategias de rehabilitación y adaptación que permitan a la persona conservar su autonomía.

2.8 Viñeta pedagógica: «Pensé que era solo la edad»

Un hombre de 74 años acude por inestabilidad al caminar. Durante la entrevista menciona, casi de paso, que dejó de ir a misa porque no entiende al sacerdote, que su esposa se queja de que cocina con demasiada sal y que tose con frecuencia al tomar sopa. Nunca había consultado por ninguno de estos síntomas porque creía que «era solo la edad». La evaluación de su equilibrio se completa con preguntas sobre audición, olfato y deglución, y se organizan las derivaciones correspondientes.

La viñeta muestra cómo un síntoma puede ser la puerta de entrada a una red de dificultades relacionadas. El plan prioriza la seguridad, con prevención de caídas y evaluación de la deglución, y también la participación: recuperar la posibilidad de asistir a su comunidad y compartir la mesa con su familia.

Nota ética: viñeta ficticia de carácter educativo.

2.9 Preguntas para la práctica

- ¿La entrevista explora funciones asociadas además del síntoma principal?
- ¿Se diferencian los cambios esperables del envejecimiento de los que requieren estudio?
- ¿El servicio utiliza una terminología común para texturas y líquidos en disfagia?
- ¿Las señales de alarma se comunican con plazos, lugares y responsables concretos?
- ¿Se pregunta por la seguridad en el hogar cuando existen déficits sensoriales combinados?

2.10 Cierre del capítulo

El territorio otorrinolaringológico reúne funciones que permiten respirar, orientarse y comunicarse. Comprender su integración mejora la entrevista y ayuda a explicar por qué un síntoma aparentemente localizado puede afectar muchas áreas. El siguiente paso es convertir ese conocimiento en una conversación clínica clara y segura.

Esta visión de conjunto no pretende sustituir el conocimiento especializado de cada área, sino ofrecer un mapa compartido. Cuando los profesionales de otorrinolaringología, fonoaudiología, audiología, fisioterapia, nutrición y medicina general comparten ese mapa, las derivaciones son más oportunas, las explicaciones más coherentes y la persona deja de recibir mensajes fragmentados sobre un cuerpo que, para ella, funciona como una sola unidad.

CAPÍTULO 3. COMUNICACIÓN CLÍNICA QUE CUIDA

Propósito del capítulo. Desarrollar un modelo práctico de comunicación aplicable a la consulta otorrinolaringológica, con énfasis en comprensión, incertidumbre, decisiones compartidas y continuidad.

Conceptos clave. Escucha activa; agenda; lenguaje claro; teach-back; comunicación de riesgos; decisión compartida; accesibilidad; documentación.

3.1 Comunicar también es intervenir

La comunicación clínica no es el envoltorio amable de una decisión técnica. Influye en la calidad de la información obtenida, la comprensión del plan, la adherencia, la detección de riesgos y la confianza. Conviene, eso sí, sostener esa afirmación con prudencia. En un ensayo aleatorizado con personas con cáncer avanzado, una intervención dirigida a mejorar la comunicación centrada en el paciente logró efectivamente encuentros más centrados en la persona, pero no modificó de forma significativa la calidad de vida ni la utilización de servicios de salud (Epstein et al., 2017). El hallazgo no invalida el esfuerzo comunicacional: delimita lo que puede esperarse de él. Comunicar bien es una condición del buen cuidado, no un sustituto de la evidencia clínica ni una garantía de mejores desenlaces por sí sola. Una pregunta mal formulada puede ocultar un síntoma; una explicación

saturada de términos puede producir errores; una despedida apresurada puede dejar sin resolver la parte más importante de la consulta.

En especialidades vinculadas con audición y voz, la forma de comunicar debe adaptarse al canal disponible. Mirar a la persona, hablar a un ritmo natural, evitar gritar, disminuir ruido ambiental, escribir palabras clave y confirmar comprensión son ajustes de bajo costo. La accesibilidad no debe depender de que el paciente se atreva a pedirla.

La relación entre comunicación y adherencia sí cuenta con evidencia consistente. Un metaanálisis encontró que el riesgo de no seguir el tratamiento era un 19 % mayor cuando la comunicación del médico era deficiente, y que la capacitación en comunicación se asociaba con mayor probabilidad de adherencia (Haskard Zolnierek y DiMatteo, 2009). La empatía, entendida como la capacidad de comprender la situación y los sentimientos del paciente y de comunicar esa comprensión, se relaciona con mayor satisfacción, mejor capacitación para el autocuidado y menor ansiedad (Derksen et al., 2013). Estos hallazgos no convierten la comunicación en una técnica infalible, pero justifican tratarla como una competencia clínica que se aprende, se practica y se evalúa.

3.2 Preparar el encuentro

La comunicación comienza antes de entrar al consultorio. El sistema de citas debe informar ubicación, documentos, duración aproximada, preparación y posibles pruebas. Los formularios necesitan lenguaje claro y alternativas accesibles. En recepción, llamar a una persona

exclusivamente por voz puede excluir a quien no escucha; un sistema visual o un acercamiento respetuoso evita confusión.

El profesional puede iniciar con tres acciones: presentarse, verificar cómo prefiere ser llamada la persona y explicar la estructura de la consulta. Una frase breve reduce incertidumbre: «Primero quiero entender qué está ocurriendo y cómo le afecta; después revisaré sus oídos y, al final, conversaremos sobre los siguientes pasos».

3.3 Escuchar la historia completa

La escucha activa combina silencio, preguntas abiertas, clarificación y resumen. Al inicio, conviene permitir una narración sin interrupción prematura. Después se precisan cronología, desencadenantes, síntomas asociados, antecedentes y riesgos. El resumen ayuda a corregir errores: «Quiero comprobar que entendí: el zumbido comenzó hace tres meses, es más intenso en el oído izquierdo y lo que más le afecta es el sueño».

La agenda explícita previene la «pregunta de la puerta», aquella preocupación que aparece cuando la consulta termina. Preguntar «¿hay algo más que esperaba conversar hoy?» permite priorizar. No siempre será posible resolverlo todo, pero sí reconocerlo y acordar un plan.

La evidencia sugiere que esta práctica todavía es poco frecuente. En el análisis de consultas grabadas realizado por Singh Ospina et al. (2019), los médicos solicitaron la agenda del paciente en poco más de un tercio de los encuentros, y cuando lo hicieron interrumpieron la respuesta tras

una mediana de apenas 11 segundos. Permitir que la persona complete su exposición inicial rara vez prolonga de manera sustancial la consulta y, en cambio, reduce el riesgo de que la preocupación principal quede sin explorar.

Tabla 7

Microhabilidades de comunicación clínica

Momento	Práctica	Ejemplo
Apertura	Explicar estructura y acordar agenda	«Primero escucharé su historia; después revisaremos y acordaremos el plan»
Exploración	Preguntar impacto	«¿Qué actividad le resulta más difícil desde que empezó?»
Resumen	Comprobar interpretación	«Entendí que el giro dura segundos y aparece al acostarse, ¿es correcto?»
Explicación	Fragmentar y comprobar	Dar una idea, verificar y continuar
Incertidumbre	Distinguir conocido y pendiente	«Esto es lo más probable; falta esta prueba para descartar…»
Cierre	Teach-back y ruta	«¿Cómo explicaría el plan y cuándo pediría ayuda?»

Nota. Elaboración propia basada en AHRQ (2024) y Elwyn et al. (2012, 2017).

3.4 Explicar con lenguaje claro

El lenguaje claro organiza la información para que el lector u oyente encuentre lo que necesita, lo comprenda y pueda usarlo. En salud, esto

implica priorizar pocas ideas, usar palabras familiares, definir términos inevitables y presentar acciones concretas. No consiste en infantilizar. Una explicación puede ser sencilla y rigurosa al mismo tiempo.

La estrategia «fragmentar y comprobar» ofrece información en porciones y verifica comprensión antes de avanzar. En lugar de entregar una larga lista al final, el profesional explica una decisión, pregunta qué comprendió y corrige. La AHRQ recomienda formular teach-back sin avergonzar: el énfasis recae en la calidad de la explicación, no en la capacidad del paciente (AHRQ, 2024).

Un ejemplo en audición sería: «Hay dos ideas importantes. Primero, la prueba muestra una disminución que afecta sobre todo ciertas frecuencias. Segundo, esto puede explicar por qué oye que alguien habla, pero no distingue algunas palabras. Para asegurarme de explicarlo bien, ¿cómo se lo contaría a su familia?».

3.5 Comunicar incertidumbre

La incertidumbre es parte de la medicina. Ocultarla puede crear falsas certezas; expresarla sin estructura puede aumentar ansiedad. Una comunicación responsable diferencia lo conocido, lo probable, lo que falta por descartar y el plan para obtener más información. También ofrece un horizonte temporal.

La fórmula puede organizarse así: «Por los datos actuales, lo más compatible es…; todavía necesitamos… para descartar…; mientras

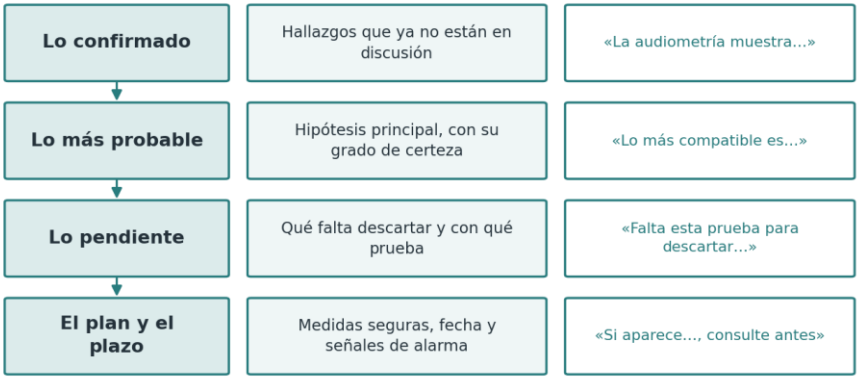
tanto, estas son las medidas seguras; si aparece…, debe consultar antes». Esta estructura convierte la incertidumbre en seguimiento.

En tinnitus, por ejemplo, muchas personas temen una enfermedad grave. La entrevista debe reconocer el miedo y evaluar características que orientan el estudio. Un mensaje tranquilizador no debe prometer que «no es nada» antes de valorar; puede decir: «Entiendo que el sonido resulte alarmante. Hay causas frecuentes y tratables, pero primero revisaremos sus características y su audición para decidir qué necesita».

Han et al. (2011) propusieron distinguir tres fuentes de incertidumbre: la probabilidad, es decir, la indeterminación de resultados futuros; la ambigüedad, que surge cuando la información es insuficiente o contradictoria; y la complejidad, que aparece cuando existen muchos factores difíciles de integrar. Además, la incertidumbre puede referirse a aspectos científicos, como el diagnóstico o el pronóstico, prácticos, como el acceso a servicios, o personales, como el efecto de una decisión sobre la vida de la persona. Nombrar el tipo de incertidumbre ayuda a comunicarla con precisión: no es lo mismo decir «todavía no sabemos la causa» que «sabemos la causa, pero la respuesta al tratamiento varía entre personas».

Figura 4

Estructura para comunicar incertidumbre



Nota. Elaboración propia. Ordena la fórmula descrita en este apartado; se apoya en los principios de lenguaje claro de AHRQ (2024).

3.6 Conversar sobre riesgos y opciones

Los riesgos se comprenden mejor con frecuencias absolutas, periodos definidos y comparaciones consistentes. Decir «duplica el riesgo» sin indicar el riesgo basal puede exagerar la impresión. Las ayudas visuales sencillas pueden apoyar, pero no reemplazan la conversación. Además, la información debe incluir beneficios, posibles daños, incertidumbre y exigencias prácticas de cada opción.

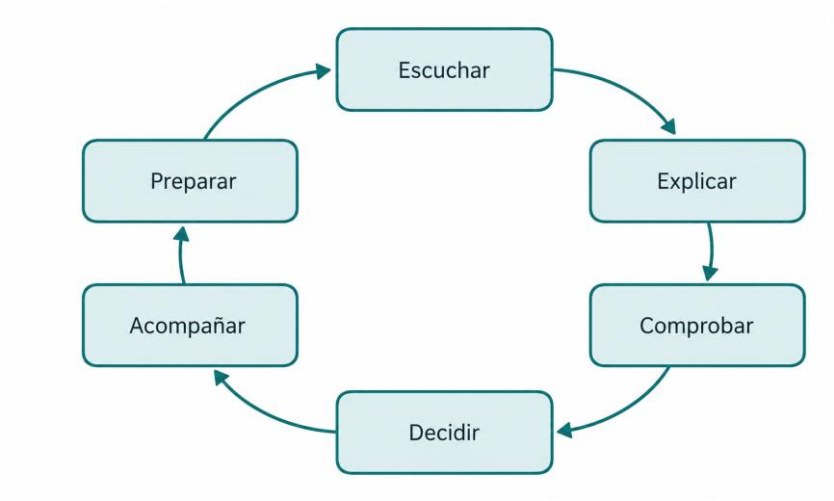
Gigerenzer y Edwards (2003) recomiendan expresar los riesgos como frecuencias naturales y absolutas, por ejemplo «de cada 100 personas con esta condición, alrededor de 10 presentan esta complicación», en

lugar de porcentajes relativos o probabilidades de un solo evento que suelen interpretarse de manera errónea. Mantener el mismo denominador al comparar opciones, indicar el periodo de tiempo y presentar tanto la probabilidad de beneficio como la de daño son prácticas sencillas que mejoran la comprensión, incluso en personas con alta escolaridad.

La decisión compartida comienza por reconocer que existe una elección razonable. Después se exploran opciones y se pregunta qué aspectos importan a la persona. En una intervención que pueda modificar temporal o permanentemente la voz, por ejemplo, el impacto laboral y la tolerancia a la incertidumbre son relevantes. El profesional debe recomendar cuando corresponde, pero explicitar cómo la recomendación se relaciona con la evidencia y los valores expresados.

Figura 5

Ciclo de comunicación clínica segura



Nota. Elaboración propia basada en Elwyn et al. (2012, 2017) y AHRQ (2024).

3.7 Comunicar noticias difíciles

En otorrinolaringología, las noticias difíciles no se limitan al diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello. Pueden incluir la confirmación de una pérdida auditiva permanente en un recién nacido, una hipoacusia súbita que no se recupera, la indicación de una traqueostomía o una laringectomía, o la noticia de que una alteración de la voz afectará de forma duradera la vida laboral. Una noticia es difícil cuando cambia de manera negativa la visión que la persona tiene de su futuro, y su impacto depende de las expectativas previas más que de la gravedad médica.

El protocolo SPIKES organiza esta conversación en seis pasos: preparar el entorno, explorar la percepción del paciente, obtener su invitación para recibir información, transmitir el conocimiento, responder a las emociones y acordar una estrategia con un resumen (Baile et al., 2000). Back et al. (2005) añadieron el principio de «preguntar, informar, preguntar», que consiste en explorar lo que la persona sabe, ofrecer información en porciones y comprobar cómo la recibió, así como respuestas explícitas a las emociones: nombrarlas, comprenderlas, respetarlas, apoyar y explorar.

Tabla 8

Protocolo SPIKES aplicado a la consulta otorrinolaringológica

Paso	Propósito	Ejemplo en la consulta
Entorno	Privacidad, tiempo y condiciones de comunicación	Sala silenciosa, acompañante si la persona lo desea, apoyo visual para hipoacusia
Percepción	Conocer lo que la persona sabe o sospecha	«¿Qué le han explicado hasta ahora sobre su audición?»
Invitación	Respetar cuánto desea saber y cómo	«¿Prefiere que revisemos los detalles o que empecemos por el plan?»
Conocimiento	Informar con claridad y en porciones	Anunciar la noticia sin eufemismos y hacer pausas
Emociones	Reconocer y responder a la reacción	«Veo que esto es muy duro de escuchar»

Paso	Propósito	Ejemplo en la consulta
Estrategia y resumen	Acordar próximos pasos y apoyos	Plan escrito, fecha de seguimiento y contacto del equipo

Nota. Elaboración propia basada en Baile et al. (2000) y Back et al. (2005).

Cuando la persona tiene una limitación auditiva o vocal, estos pasos requieren ajustes adicionales. Una noticia difícil no debería transmitirse por teléfono a alguien con hipoacusia ni en un pasillo ruidoso. Tampoco debería esperarse que una persona con disfonía severa formule sus preguntas de inmediato; ofrecer un segundo encuentro, un canal escrito o un material de apoyo permite que las dudas lleguen cuando la persona esté en condiciones de expresarlas.

3.8 Comunicar con personas con hipoacusia o disfonía

Con una persona con hipoacusia, se recomienda confirmar la modalidad preferida, asegurar iluminación del rostro, reducir ruido, no cubrir la boca, hablar con claridad sin exagerar y verificar el funcionamiento de ayudas. Gritar puede distorsionar el habla. Cuando se necesita interpretación en lengua de señas, el profesional se dirige a la persona, no al intérprete.

La interpretación profesional no es un lujo. Una revisión sistemática concluyó que el uso de intérpretes profesionales se asocia con mejor calidad de la atención, mayor comprensión y mejores resultados que el recurso a intérpretes ocasionales o la ausencia de interpretación

(Karliner et al., 2007). En encuentros pediátricos, Flores et al. (2003) documentaron numerosos errores de interpretación por consulta, y los cometidos por intérpretes no profesionales, como familiares o personal sin formación, tenían con mayor frecuencia consecuencias clínicas potenciales. Aunque estos estudios se centran en barreras de lengua oral, sus conclusiones son pertinentes para la interpretación en lengua de señas y para cualquier situación en la que la comunicación dependa de un tercero.

Con una persona con disfonía o dificultad para hablar, el tiempo de respuesta debe ampliarse. Completar frases sin permiso puede transmitir impaciencia. Se pueden ofrecer papel, teléfono o dispositivos de comunicación. Si la voz produce dolor o fatiga, no debe exigirse una narración extensa que pudiera recogerse por otra vía.

La privacidad sigue siendo central. Un familiar puede apoyar, pero no debe asumirse que hablará por el paciente. Se solicita autorización y se reserva un momento para que la persona exprese preocupaciones propias cuando sea posible.

3.9 Cerrar el encuentro y asegurar continuidad

Un cierre seguro incluye resumen, plan, responsabilidades, señales de alarma, plazos y canal de contacto. Las indicaciones escritas deben coincidir con lo conversado. Cuando hay derivaciones, el paciente necesita saber quién las gestionará, cuánto puede tardar y qué hacer si no recibe respuesta.

La continuidad es una forma de comunicación. Una prueba sin explicación, una llamada que nunca llega o un resultado publicado sin contexto rompe la relación y puede causar daño. La gestión debe definir responsables para comunicar resultados relevantes y documentar que el mensaje fue comprendido.

El cierre también es un momento para devolver control. Preguntar «¿qué le preocupa de lo que conversamos hoy?» o «¿qué necesitaría para poder seguir este plan en casa?» permite identificar obstáculos antes de que se conviertan en abandono. Cuando el plan incluye varios profesionales, conviene explicitar quién coordina y cómo circulará la información entre ellos, para que la persona no tenga que actuar como mensajera de su propio cuidado.

> **LA MIRADA HUMANA**
>
> Escuchar no es esperar el turno para hablar. Es dejar que la historia modifique la manera de preguntar, explicar y decidir. En la consulta, una pausa puede ser un dato: quizá la persona no encontró la palabra, quizá no escuchó, quizá teme la respuesta. Humanizar es no apresurarse a llenar ese silencio con una conclusión.

3.10 Viñeta pedagógica: «Sí, entendí»

Un hombre mayor con hipoacusia asiente durante la explicación sobre una prueba. Al final, su hija pregunta qué debe hacer y él responde algo

distinto de lo indicado. El problema no es falta de interés. El profesional habló mientras escribía, utilizó varios términos nuevos y preguntó únicamente «¿todo claro?». Al repetir la conversación frente a él, con apoyo escrito y teach-back, se descubre la confusión.

La lección es sistémica: el asentimiento no prueba comprensión. El servicio puede incorporar una lista breve de cierre, capacitar al personal y auditar si las indicaciones críticas se confirman. La seguridad comunicacional no debe depender de la intuición de un solo profesional.

En la consulta siguiente, el profesional reorganiza la explicación. Se sienta frente al paciente, reduce el ruido, presenta una sola idea a la vez y escribe las palabras clave. Al final pregunta: «Para comprobar que lo expliqué bien, ¿qué hará el día anterior a la prueba?». La respuesta revela que el paciente creía que debía suspender todos sus medicamentos; el error se corrige antes de que produzca daño. La hija comenta que es la primera vez que su padre sale de la consulta sin preguntarle a ella qué dijeron.

Nota ética: viñeta ficticia de carácter educativo.

3.11 Preguntas para la práctica

- ¿Qué porcentaje del tiempo habla el profesional y cuánto el paciente?

- ¿Se documenta la necesidad de apoyo auditivo, visual o lingüístico?
- ¿Las explicaciones distinguen hechos, probabilidades e incertidumbres?
- ¿La persona puede repetir el plan con sus propias palabras?
- ¿Existe un responsable para comunicar resultados y cambios?
- ¿Se permite que la persona complete su exposición inicial sin interrupciones prematuras?
- ¿Los riesgos se expresan en frecuencias absolutas y con el mismo denominador?
- ¿El servicio cuenta con intérpretes profesionales, incluidos los de lengua de señas?
- ¿Las noticias difíciles se comunican en un entorno adecuado y con seguimiento acordado?

3.12 Cierre del capítulo

Una comunicación clínica segura tiene estructura, pero no debe sonar mecánica. Preparar, escuchar, explicar, comprobar, decidir y acompañar forman un ciclo. Cuando este ciclo se adapta a la persona, la evidencia se vuelve comprensible y el plan se vuelve posible.

La comunicación no es un talento innato reservado a algunos profesionales. Es un conjunto de habilidades observables que pueden entrenarse, evaluarse y mejorarse, y que requieren condiciones institucionales para desplegarse: tiempo suficiente, espacios adecuados,

apoyos para la accesibilidad y una cultura que valore la comprensión tanto como la productividad. Los capítulos siguientes aplican estos principios a cada una de las funciones del territorio otorrinolaringológico.

CAPÍTULO 4. LA VOZ: FUNCIÓN, IDENTIDAD Y TRABAJO

Propósito del capítulo. Comprender la voz como resultado biológico, herramienta de participación e indicador subjetivo de bienestar; revisar principios de evaluación y comunicación ante la disfonía.

Conceptos clave. Fonación; demanda vocal; disfonía; carga; autopercepción; Voice Handicap Index; higiene vocal; rehabilitación; identidad.

4.1 La voz no es solamente sonido

La voz transporta lenguaje, emoción, pertenencia y posición social. Su timbre permite reconocer a alguien antes de verlo; su ritmo revela cansancio o entusiasmo; su intensidad cambia según el entorno y la relación. Para muchas personas constituye, además, una herramienta laboral. Docentes, cantantes, vendedores, abogados, comunicadores, líderes comunitarios y personal sanitario dependen de ella durante periodos prolongados.

La dependencia laboral de la voz no es un fenómeno marginal. Titze et al. (1997) analizaron la composición de la fuerza laboral estadounidense y mostraron que una proporción importante y creciente de trabajadores utiliza la voz como herramienta principal de trabajo, con la docencia entre las ocupaciones más numerosas y de mayor riesgo. En docentes, la prevalencia de trastornos vocales a lo largo de la vida duplica la observada en personas que no ejercen la docencia (Roy et al., 2004).

Estas cifras explican por qué un problema vocal puede tener consecuencias económicas, además de personales, y por qué la salud vocal es también un asunto de salud ocupacional.

Cuando la voz cambia, la persona no evalúa únicamente si «suena ronca». Compara la voz actual con una memoria de sí misma. Puede percibir pérdida de autoridad, feminidad, masculinidad, juventud, seguridad o expresividad. Estas interpretaciones no deben suponerse, porque dependen de cada historia. Deben preguntarse con respeto.

La medicina necesita describir la alteración y buscar su causa; la comunicación ayuda a reconocer el significado. La pregunta «¿qué dejó de hacer por su voz?» suele revelar más impacto que una escala aislada. Al mismo tiempo, una escala validada permite documentar cambios a lo largo del tratamiento. La alianza entre relato y medición es más informativa que cualquiera de las dos por separado.

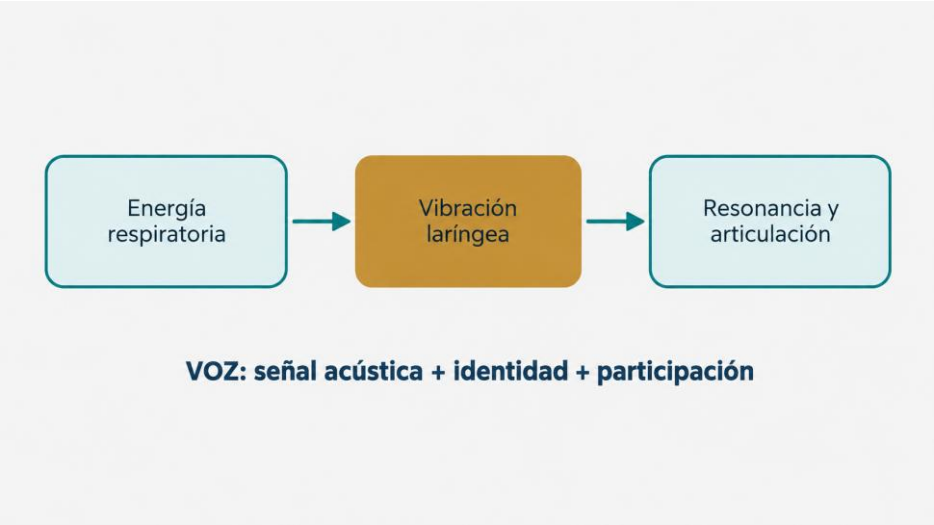
4.2 Cómo se produce la voz

La fonación requiere una fuente de energía respiratoria, vibración laríngea y modificación por el tracto vocal. El aire espirado genera condiciones aerodinámicas para que los pliegues vocales vibren; la faringe, la boca y la cavidad nasal contribuyen a la resonancia y articulación. El sistema nervioso coordina ajustes rápidos de tono, intensidad y calidad.

Esta explicación puede adaptarse sin perder precisión. Una metáfora útil presenta tres componentes: «motor» respiratorio, «vibrador» laríngeo y «filtro» resonancial. Debe aclararse que la metáfora es educativa, porque la producción vocal es una interacción dinámica, no una cadena rígida.

Figura 6

Sistema funcional de producción de la voz



Nota. Elaboración propia basada en el National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD, 2025b). Esquema conceptual.

La voz varía de forma normal según edad, desarrollo, condiciones hormonales, emoción, fatiga, hidratación y uso. No toda variación es enfermedad. La disfonía se refiere a una alteración percibida en calidad, tono, volumen o esfuerzo que puede interferir con la comunicación. Su etiología es amplia e incluye procesos inflamatorios, lesiones benignas,

alteraciones neurológicas, inmovilidad de pliegues, causas funcionales, exposición irritativa y otras condiciones que requieren evaluación diferenciada.

4.3 La historia vocal

Una historia clínica orientada a la voz explora inicio, evolución, variabilidad, demanda, esfuerzo, dolor, fatiga, pérdida de rango, carraspeo, tos, síntomas respiratorios o deglutorios, exposición a humo y antecedentes de intubación, cirugía o enfermedad neurológica. La ocupación importa, pero también las actividades no remuneradas: cuidar niños, dirigir una comunidad religiosa o participar en reuniones puede representar alta demanda.

Conviene preguntar por el ambiente. Hablar sobre ruido, sin amplificación, con mala acústica o durante largos periodos puede aumentar la carga. El profesional no debe atribuir automáticamente la disfonía a «mal uso» porque esa expresión puede culpabilizar y ocultar una causa orgánica. Se describe la conducta observada y se integra con la evaluación laríngea.

El concepto de dosis vocal ayuda a describir la carga sin culpabilizar. Titze et al. (2003) propusieron cuantificar la exposición acumulada de los pliegues vocales mediante el tiempo total de fonación, el número de ciclos de vibración y la distancia recorrida por los tejidos durante la vibración. Estas medidas muestran que una jornada docente con muchas horas de habla, a una intensidad elevada y con pocas pausas

puede acumular una carga considerable. Traducido a la consulta, el concepto permite conversar sobre cuánto, cómo y en qué condiciones se usa la voz, en lugar de atribuir el problema a un «mal hábito».

La guía clínica actualizada sobre disfonía recomienda identificar factores que justifican evaluación acelerada, visualizar la laringe cuando la disfonía no mejora dentro de cuatro semanas o antes si existe sospecha de una causa seria, y realizar laringoscopia antes de indicar terapia de voz (Stachler et al., 2018). También desaconseja pruebas de imagen de cuello de manera rutinaria antes de visualizar la laringe cuando la queja principal es la voz, así como tratamientos empíricos específicos sin la indicación correspondiente. Estas recomendaciones deben aplicarse mediante juicio clínico y contexto.

Tabla 9

Componentes de una evaluación vocal integral

Componente	Qué aporta	Precaución
Historia y demanda	Inicio, evolución, uso, exposición e impacto	Evitar atribuir el problema a hábitos antes de evaluar
Evaluación laríngea	Observación de estructura y función cuando está indicada	Es requisito antes de terapia de voz según la guía
Evaluación perceptual/acústica	Características de la señal y seguimiento	No equivale por sí sola a impacto vivido

Componente	Qué aporta	Precaución
Resultado informado	Consecuencias funcionales, físicas y emocionales	Usar instrumentos validados y explicar puntajes
Metas de participación	Define lo que la persona desea recuperar	Formular metas observables y revisables

Nota. Basada en Stachler et al. (2018), Jacobson et al. (1997) y Rosen et al. (2004).

4.4 Medir lo que la persona percibe

Los hallazgos acústicos, perceptuales y endoscópicos no siempre se relacionan de forma lineal con la discapacidad vivida. El Voice Handicap Index fue desarrollado para evaluar consecuencias funcionales, físicas y emocionales informadas por la persona (Jacobson et al., 1997). El VHI-10 ofrece una versión abreviada útil en determinados contextos (Rosen et al., 2004). Estos instrumentos no diagnostican por sí solos; complementan la evaluación y permiten seguir cambios.

Hay aquí un punto que suele pasarse por alto. Usar un instrumento en español exige bastante más que traducirlo. El VHI-30 y el VHI-10 cuentan con adaptación y validación al español, con buenas propiedades psicométricas —consistencia interna de 0,93 y 0,86, respectivamente— y con equivalencias semánticas que no se obtienen por traducción literal (Núñez-Batalla et al., 2007). Aplicar una versión improvisada, traducida sobre la marcha en el consultorio, produce puntajes que parecen

comparables y no lo son. Conviene añadir que esa validación se realizó con hablantes de España: al utilizarla en Ecuador vale la pena comprobar que cada ítem se entienda como se pretende y documentar cualquier ajuste realizado.

La dimensión funcional incluye dificultades para ser escuchado o participar. La dimensión física recoge sensaciones y características percibidas. La emocional explora frustración, vergüenza o impacto personal. Separar dimensiones ayuda a diseñar metas. Una mejoría acústica pequeña puede ser significativa si permite volver a trabajar, mientras que una voz técnicamente mejor puede seguir resultando insuficiente para las demandas del paciente.

La evaluación perceptual por parte del profesional complementa la autopercepción del paciente. El protocolo CAPE-V propone valorar la severidad global, la aspereza, la soplosidad, la tensión, el tono y la intensidad en escalas visuales analógicas, a partir de tareas estandarizadas de habla (Kempster et al., 2009). A su vez, la evaluación instrumental puede incluir medidas acústicas, aerodinámicas y la visualización de la vibración de los pliegues vocales, y existen recomendaciones para estandarizar estos procedimientos (Patel et al., 2018). Ninguna de estas herramientas reemplaza a las demás: la combinación permite comparar lo que se escucha, lo que se mide y lo que la persona vive.

Tabla 10

Dimensiones de la evaluación vocal y su aporte

Dimensión	Herramienta posible	Qué aporta	Límite
Autopercepción	VHI o VHI-10	Impacto funcional, físico y emocional	Requiere versión validada y explicación del puntaje
Percepción profesional	CAPE-V	Descripción estandarizada de la calidad vocal	Depende del entrenamiento del evaluador
Acústica y aerodinámica	Protocolos instrumentales	Medidas objetivas para seguimiento	No reflejan por sí solas el impacto vivido
Visualización laríngea	Laringoscopia y estroboscopia	Estructura y vibración de los pliegues vocales	Indicación y técnica según la guía clínica

Nota. Elaboración propia basada en Jacobson et al. (1997), Kempster et al. (2009), Patel et al. (2018) y Stachler et al. (2018).

Los resultados informados por pacientes deben administrarse con condiciones de accesibilidad y explicarse. Si se presenta una puntuación como una etiqueta —«su problema es leve»— puede invalidar. Es preferible decir: «Esta escala sugiere que la voz está afectando especialmente su trabajo y su confianza; revisaremos esos aspectos durante el seguimiento».

4.5 Cuidado vocal sin mitos ni culpa

Las recomendaciones generales sobre voz suelen incluir hidratación adecuada, pausas, amplificación cuando la demanda lo exige, reducción de exposición a humo, atención a síntomas persistentes y uso vocal eficiente. No obstante, la educación debe individualizarse. Decir «no hable» puede ser impracticable y, salvo indicación concreta, no constituye un plan completo. El objetivo es comprender demandas, dosificar carga y coordinar evaluación y rehabilitación.

La información pública sobre «remedios para la voz» necesita especial cuidado. Beber líquidos puede favorecer la hidratación general, pero una bebida no «toca» directamente los pliegues vocales; los productos comerciales no sustituyen la evaluación de una disfonía persistente. La comunicación responsable evita promesas y explica los límites.

La terapia de voz, cuando está indicada, es realizada por profesionales especializados y puede abordar coordinación respiratoria, eficiencia fonatoria, resonancia, hábitos y transferencia a situaciones reales. La colaboración entre otorrinolaringología y fonoaudiología o terapia del lenguaje resulta esencial. El paciente debe comprender por qué se indica, qué esfuerzo requerirá y cómo se evaluará el progreso.

Las intervenciones sobre el entorno pueden ser tan relevantes como las dirigidas a la persona. En un ensayo aleatorizado con docentes con trastornos de la voz, el grupo que utilizó amplificación mostró mejorías mayores en la autopercepción del problema que el grupo que recibió

solo recomendaciones de higiene vocal (Roy et al., 2003). El hallazgo no descarta el valor de la educación, pero muestra que modificar las condiciones de trabajo puede reducir la carga de manera más eficaz que pedir a la persona que «cuide su voz» sin cambiar el contexto.

> **LA MIRADA HUMANA**
>
> La recomendación «descanse la voz» parece simple hasta que se dirige a alguien que vive de hablar. Humanizar la indicación significa reconocer ese conflicto y construir una alternativa posible: pausas, amplificación, ajustes temporales, comunicación escrita o redistribución de tareas. La salud no puede formularse como si la vida estuviera en pausa.

4.6 Profesionales de la voz

El concepto de profesional de la voz no se limita al canto. Incluye a quien necesita una función vocal estable para cumplir su trabajo. La evaluación debe identificar horas de uso, niveles de ruido, amplificación, descanso, entrenamiento, postura, hidratación disponible y cultura laboral. En docentes, por ejemplo, pedir silencio absoluto puede ser inviable; modificar el aula y la dinámica de participación puede tener más impacto.

La prevención es compartida. El trabajador desarrolla hábitos y solicita ayuda temprana; la organización reduce riesgos y facilita condiciones adecuadas. Un programa institucional puede incluir educación, acceso a

evaluación, amplificación, diseño acústico, pausas y protocolos de derivación. Medir únicamente ausentismo subestima el presentismo: personas que continúan trabajando con esfuerzo y menor rendimiento.

4.7 La voz a lo largo de la vida y la identidad

La voz cambia a lo largo del curso de vida. En la infancia, los problemas vocales pueden asociarse con el uso intenso de la voz en el juego y la escuela y, en ocasiones, con burlas o dificultades para participar en clase. En la adolescencia, los cambios hormonales modifican la voz de forma notable y pueden generar inseguridad. En la vejez, la disminución de la intensidad y de la resistencia vocal puede limitar la participación en conversaciones grupales y reforzar el aislamiento, sobre todo cuando se combina con pérdida auditiva en el interlocutor o en la propia persona.

La relación entre voz e identidad es especialmente visible en las personas trans y de género diverso. Para muchas de ellas, la congruencia entre la voz y la identidad de género influye en la seguridad, la aceptación social y la calidad de vida. Hancock et al. (2011) encontraron que la percepción de la voz se relaciona con la calidad de vida vinculada a la voz en mujeres trans. La atención centrada en la persona en este contexto implica preguntar por las metas propias, usar el nombre y los pronombres que la persona indica, evitar juicios estéticos y trabajar en equipo con fonoaudiología cuando se busca una modificación de la voz.

En todos estos escenarios, la pregunta clínica es la misma: qué voz necesita y desea la persona para participar en su vida. La respuesta

orienta metas distintas en cada etapa y evita imponer un único modelo de voz «normal».

4.8 La voz después de un diagnóstico o procedimiento

Cualquier intervención que pueda modificar la voz requiere comunicación anticipada. No basta enumerar complicaciones. El consentimiento informado explora cómo usa la voz la persona, qué cambios serían especialmente difíciles y qué apoyos podría necesitar. Cuando existe incertidumbre, debe expresarse con claridad.

En el seguimiento, preguntar «¿está mejor?» puede ser insuficiente. Conviene comparar metas: duración tolerada del habla, retorno al trabajo, esfuerzo, calidad percibida y participación. La rehabilitación no termina necesariamente cuando la estructura cicatriza; el ajuste emocional y comunicativo puede continuar.

Para algunas personas, una nueva voz requiere un proceso de reconocimiento. El equipo debe evitar comentarios estéticos o comparaciones no solicitadas. La voz pertenece al paciente. El objetivo clínico se conversa, no se impone como una única forma «correcta» de sonar.

La laringectomía total ilustra el alcance de este acompañamiento. La persona pierde la voz laríngea y debe aprender una nueva forma de comunicarse, mediante una prótesis traqueoesofágica, la voz esofágica o una laringe electrónica, además de adaptarse a respirar por un

traqueostoma. La información previa a la cirugía, el contacto con personas que ya atravesaron el proceso cuando es posible y la participación temprana de fonoaudiología ayudan a que la pérdida de la voz no se viva como una pérdida de la palabra.

4.9 Viñeta pedagógica: «Mi voz entra al aula antes que yo»

Una profesora universitaria consulta porque su voz se apaga al final de la jornada. La exploración especializada identifica la necesidad de manejo interdisciplinario. Durante la conversación, ella explica que no teme únicamente el dolor: le preocupa que los estudiantes interpreten la debilidad vocal como inseguridad. La meta acordada no se formula como «normalizar la voz», sino como impartir dos horas de clase con menor esfuerzo, usar amplificación y recuperar confianza.

El caso muestra cómo la identidad profesional puede influir en la percepción del problema. También recuerda que las metas deben ser observables. En el seguimiento, el equipo puede utilizar un instrumento informado por la paciente, el registro de carga y la evaluación clínica, sin reducir el éxito a un solo número.

En la segunda consulta, la profesora trae un registro de su jornada: seis horas de clase en aulas numerosas, sin amplificación y con pocas pausas entre sesiones. El equipo utiliza el concepto de dosis vocal para explicar por qué la fatiga aparece al final del día y acuerda ajustes concretos: pausas breves de silencio entre clases, un sistema de amplificación portátil y actividades que alternen su exposición oral con trabajo en

grupos. Tres meses después, el puntaje del VHI-10 ha disminuido y ella refiere que vuelve a sentirse dueña de su voz frente a los estudiantes.

Nota ética: viñeta ficticia de carácter pedagógico.

4.10 Preguntas para la práctica

- ¿La historia registra demanda y entorno vocal?
- ¿La laringe fue evaluada antes de atribuir el problema a hábitos o indicar terapia?
- ¿La explicación evita culpar al paciente?
- ¿Las metas incluyen actividades que la persona desea recuperar?
- ¿El servicio coordina atención interdisciplinaria y seguimiento?
- ¿Se estima la carga vocal de la persona en su jornada real?
- ¿Se combinan la autopercepción, la evaluación perceptual y la instrumental?
- ¿Se consideran intervenciones sobre el entorno, como la amplificación?
- ¿La atención respeta la identidad de género y las metas vocales propias de la persona?

4.11 Cierre del capítulo

La voz es un fenómeno corporal y relacional. Evaluarla exige observar la laringe cuando corresponde, medir función y escuchar significado. Una atención excelente no persigue únicamente una señal acústica:

ayuda a que la persona vuelva a participar con seguridad y sin perderse dentro de una voz que ya no reconoce.

Cuidar la voz es cuidar la posibilidad de participar. Esto exige mirar más allá de la laringe hacia las aulas, los lugares de trabajo y las relaciones en las que la voz se pone en juego, y reconocer que la salud vocal es una responsabilidad compartida entre la persona, los profesionales y las instituciones.

CAPÍTULO 5. AUDICIÓN: ESCUCHAR PARA PERTENECER

> **Propósito del capítulo.** Analizar la pérdida auditiva como condición sensorial y experiencia comunicacional, revisar prevención, identificación, rehabilitación y prácticas de inclusión.
>
> **Conceptos clave.** Umbral auditivo; pérdida conductiva y neurosensorial; escucha; tinnitus; participación; rehabilitación; tecnología; comunicación accesible.

5.1 Oír y escuchar

Oír describe la recepción y procesamiento de señales sonoras; escuchar implica atención, interpretación y participación. Una persona puede detectar que alguien habla y, sin embargo, no distinguir palabras, especialmente con ruido, distancia o varias voces. Esta diferencia explica por qué la queja del paciente puede ser mayor que la esperada a partir de un dato aislado.

La pérdida auditiva atraviesa el curso de vida. La OMS estima que más de 430 millones de personas requieren rehabilitación por pérdida auditiva discapacitante y proyecta que para 2050 más de 700 millones podrían requerirla; también advierte que más de mil millones de jóvenes están en riesgo por prácticas de escucha insegura (World Health Organization, 2026). Estas cifras expresan un desafío sanitario, pero cada caso se manifiesta en conversaciones interrumpidas, aprendizajes incompletos, fatiga y aislamiento.

El estudio de carga global de enfermedad estimó que, en 2019, alrededor de 1570 millones de personas vivían con algún grado de pérdida auditiva, y que la mayoría de ellas no utilizaba dispositivos auditivos (GBD 2019 Hearing Loss Collaborators, 2021). Esta brecha entre necesidad y acceso es uno de los principales argumentos para integrar el cuidado auditivo en la atención primaria.

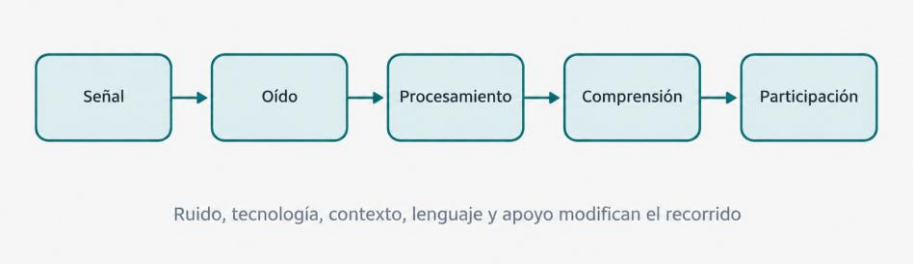
La escala regional matiza esas cifras globales. En la Región de las Américas viven alrededor de 217 millones de personas con algún grado de pérdida auditiva —cerca del 21 % de la población— y se proyecta que la cifra llegue a 322 millones hacia 2050 (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). El dato importa por una razón práctica. En América Latina, la brecha principal no está en el conocimiento clínico, sino en la disponibilidad de servicios, la distribución territorial de los profesionales y el costo de las tecnologías. Un audífono correctamente indicado no resuelve gran cosa si la persona debe viajar seis horas para que se lo ajusten, o si su precio equivale a varios meses de ingreso familiar.

El *World report on hearing* propone integrar el cuidado del oído y la audición en los planes nacionales mediante intervenciones centradas en las personas y fortalecimiento del sistema (World Health Organization, 2021a; Organización Mundial de la Salud, 2021). La respuesta no se limita a dispositivos. Incluye prevención, detección temprana, manejo

de enfermedades del oído, rehabilitación, tecnologías de apoyo, lengua de señas, subtitulado y entornos accesibles.

Figura 7

De la señal auditiva a la participación



Nota. Elaboración propia basada en World Health Organization (2021a, 2026).

5.2 Comprender el resultado audiológico

La evaluación auditiva puede incluir historia, otoscopia, pruebas de tonos, habla, función del oído medio y otros estudios según la necesidad. El audiograma representa umbrales en frecuencias y niveles, pero debe explicarse con cuidado. La persona no vive «en el audiograma»; vive en espacios con ruido, acentos, distancia y señales emocionales.

La pérdida se describe según localización probable y grado. Una alteración conductiva afecta la transmisión del sonido en oído externo o medio; una neurosensorial compromete cóclea o vías relacionadas; una mixta combina componentes. La explicación debe evitar determinismos. Dos configuraciones similares pueden producir

experiencias distintas, y el reconocimiento del habla depende de más variables.

Tabla 11

Grados audiométricos de pérdida auditiva

Categoría	Umbral en el mejor oído	Posible experiencia comunicativa
Normal	< 20 dB HL	Puede haber dificultades específicas no reflejadas por el promedio
Leve	20 a < 35 dB HL	Dificultad con habla suave o ruido
Moderada	35 a < 50 dB HL	Mayor esfuerzo en conversación
Moderadamente grave	50 a < 65 dB HL	Dificultad marcada sin apoyo
Grave	65 a < 80 dB HL	Acceso limitado al habla sin tecnología o estrategias
Profunda	80 a < 95 dB HL	Puede requerir múltiples apoyos comunicacionales
Completa	≥ 95 dB HL	Acceso auditivo muy limitado; la modalidad preferida es central

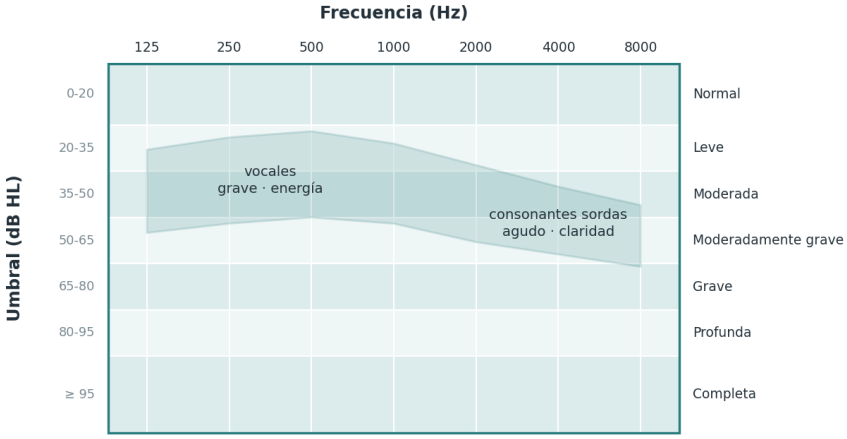
Nota. Clasificación audiométrica basada en World Health Organization (2021a). La experiencia individual no se predice solo por el umbral.

Cuando se muestran resultados, es útil conectar frecuencia y experiencia: «Esta zona ayuda a distinguir consonantes; por eso puede sentir que las personas hablan, pero no entender con precisión».

Después se comprueba que la persona interpreta correctamente el gráfico. Entregar una copia sin explicación no garantiza autonomía.

Figura 8

Lectura comunicacional del audiograma



Nota. Elaboración propia basada en la clasificación audiométrica de World Health Organization (2021a). Esquema conceptual: no representa umbrales individuales ni sustituye la evaluación audiológica.

5.3 Impacto en identidad, relaciones y cognición

La pérdida auditiva no tratada puede limitar comunicación, educación, empleo y participación, y se relaciona con aislamiento, estigma y otros resultados adversos (World Health Organization, 2026). Debe evitarse presentar estas asociaciones como destino inevitable. El mensaje responsable subraya que la identificación y rehabilitación oportunas pueden reducir impacto y favorecer funcionamiento.

En la familia, la dificultad suele atribuirse a falta de atención: «solo escucha cuando quiere». Esa interpretación moral genera conflicto. La educación puede explicar por qué la audición fluctúa según ruido, posición y características de la voz. También distribuye responsabilidades: no todo depende del dispositivo o del esfuerzo del paciente; el interlocutor puede acercarse, obtener atención antes de hablar, reducir ruido y confirmar el mensaje.

En personas mayores, es esencial no confundir automáticamente pérdida auditiva con deterioro cognitivo. Durante una evaluación, si las instrucciones no son accesibles, el rendimiento puede parecer peor. La atención debe garantizar condiciones auditivas y documentar apoyos.

La relación entre audición y cognición merece una comunicación prudente. La Comisión Lancet identificó la pérdida auditiva como el factor de riesgo potencialmente modificable de demencia con mayor peso poblacional (Livingston et al., 2020). Sin embargo, el ensayo ACHIEVE, que comparó una intervención auditiva con un programa de educación para la salud en personas mayores con pérdida auditiva, no mostró una reducción significativa del declive cognitivo en el conjunto de participantes a tres años; el beneficio se observó en el subgrupo con mayor riesgo de declive (Lin et al., 2023). El mensaje responsable, por tanto, no es que un audífono «previene la demencia», sino que tratar la pérdida auditiva mejora la comunicación y la calidad

de vida y podría contribuir a proteger la salud cognitiva en algunas personas.

El esfuerzo de escucha ayuda a comprender la fatiga que describen muchas personas con pérdida auditiva. El marco FUEL propone que escuchar en condiciones difíciles consume recursos cognitivos, y que la disposición a invertir ese esfuerzo depende de la motivación, la exigencia de la tarea y la fatiga acumulada (Pichora-Fuller et al., 2016). Esta perspectiva explica por qué alguien puede seguir una conversación por la mañana y abandonar una reunión por la tarde, y por qué retirarse de situaciones sociales puede ser una forma de protegerse del agotamiento más que una falta de interés.

> **LA MIRADA HUMANA**
>
> La soledad no siempre empieza cuando faltan personas. Puede empezar cuando las conversaciones se vuelven agotadoras y alguien decide sonreír para ocultar que no entendió. Preguntar «¿en qué momentos deja de participar?» ayuda a ver una pérdida que el audiograma no registra.

5.4 Identificación a lo largo de la vida

La detección temprana es relevante en recién nacidos, infancia, población expuesta a ruido u ototóxicos y personas mayores. La OMS promueve evaluación a lo largo del curso de vida y tecnologías de tamizaje en contextos clínicos y comunitarios (World Health

Organization, 2026). Todo tamizaje requiere una ruta posterior. Detectar sin posibilidad de confirmación, asesoramiento o rehabilitación puede aumentar ansiedad sin mejorar resultados.

La guía de pérdida auditiva relacionada con la edad recomienda indagar por audición y comunicación, realizar o derivar para evaluación cuando existe sospecha, y reevaluar periódicamente a personas con pérdida conocida (Tsai Do et al., 2024). El diálogo debe abordar expectativas y barreras, incluidas costo, estigma, destreza manual, acceso a baterías, conectividad y apoyo familiar.

En la Región, la Organización Panamericana de la Salud ha traducido esa orientación en materiales operativos: un resumen de políticas sobre cuidado del oído y la audición integrado y centrado en la persona, un manual de capacitación dirigido al primer nivel de atención y un documento específico sobre prevención de la hipoacusia y rehabilitación auditiva en personas mayores (Organización Panamericana de la Salud, 2022a, 2022b, 2022c). Que el manual esté dirigido a la atención primaria no es un detalle administrativo. En países donde el otorrinolaringólogo escasea fuera de las capitales, la detección temprana depende de quien atiende primero: el médico general, la enfermera, el equipo del centro de salud. Formar esa primera línea es, con toda probabilidad, la intervención de mayor rendimiento disponible en nuestro contexto.

La pérdida auditiva neurosensorial súbita merece atención especial. La guía de Chandrasekhar et al. (2019) destaca la necesidad de distinguirla de causas conductivas y realizar evaluación audiométrica con prontitud. En educación pública, el mensaje debe ser directo: una pérdida repentina de audición no se trata como un tapón cualquiera y requiere valoración urgente.

En la infancia, la detección temprana tiene un fundamento sólido. El Comité Conjunto sobre Audición Infantil recomienda completar el tamizaje auditivo antes del primer mes de vida, confirmar el diagnóstico antes de los tres meses e iniciar la intervención antes de los seis meses, y alienta a los programas que ya cumplen estas metas a acortarlas (Joint Committee on Infant Hearing, 2019). El valor de estas metas depende de que existan rutas claras entre el tamizaje, la confirmación diagnóstica y el acompañamiento a las familias, incluida la información sobre todas las opciones de comunicación disponibles.

5.5 Rehabilitación auditiva centrada en metas

La rehabilitación puede incluir audífonos, implantes y otras tecnologías, entrenamiento, terapia, estrategias comunicacionales, lengua de señas, lectura labial, subtítulos y cambios ambientales. La elección depende del tipo y grado de pérdida, las metas, la elegibilidad, el contexto y las preferencias. Presentar un dispositivo como solución automática crea expectativas irreales; omitir sus posibilidades también limita decisiones.

La adaptación requiere tiempo, acompañamiento y ajuste. Sonidos antes ausentes pueden resultar intensos. El paciente necesita saber qué esperar, cómo usar y cuidar el dispositivo, cuándo pedir ajustes y cómo evaluar beneficio. La meta no es «oír todo», sino mejorar actividades definidas: conversar en familia, atender llamadas, seguir clases o escuchar alertas.

La baja utilización de audífonos es una constante en distintos países. En Estados Unidos, solo alrededor de una de cada siete personas de 50 años o más con pérdida auditiva utilizaba audífonos (Chien y Lin, 2012). Entre las barreras se encuentran el costo, la falta de acceso a servicios de adaptación, las expectativas poco realistas y el estigma. Wallhagen (2010) describió cómo muchas personas asocian la pérdida auditiva y los dispositivos con el envejecimiento, la pérdida de capacidades y una imagen social desvalorizada, lo que las lleva a posponer la consulta o a no usar los audífonos que ya tienen. La evidencia muestra que los audífonos mejoran la calidad de vida relacionada con la audición y la capacidad de escucha en adultos con pérdida leve a moderada (Ferguson et al., 2017), por lo que abordar el estigma forma parte del tratamiento.

Tabla 12

Componentes de rehabilitación auditiva centrada en metas

Componente	Objetivo	Consideraciones
Tecnología auditiva	Mejorar acceso a señales	Elegibilidad, ajuste, mantenimiento y expectativas
Estrategias conversacionales	Reducir esfuerzo y errores	Posición, ruido, turnos y confirmación
Apoyos visuales	Completar información	Subtítulos, texto, alarmas y señalética
Lengua de señas/interpretación	Acceso en modalidad preferida	Intérprete profesional y respeto cultural
Entrenamiento y seguimiento	Transferir beneficio a la vida	Metas reales, práctica y reajustes
Apoyo familiar	Crear un entorno facilitador	No hablar por la persona ni infantilizar

Nota. Elaboración propia basada en World Health Organization (2021a, 2026).

La validación combina medidas clínicas y resultados informados por la persona. El Hearing Handicap Inventory for the Elderly fue diseñado para evaluar efectos emocionales y sociales percibidos de la pérdida auditiva en personas mayores (Ventry & Weinstein, 1982). Su valor radica en visibilizar participación; no sustituye la evaluación audiológica ni debe aplicarse fuera de su propósito sin considerar validación cultural y lingüística.

5.6 Comunidad Sorda, lengua de señas e identidad

No todas las personas sordas viven su condición como una deficiencia que deba corregirse. Para muchas personas que forman parte de la comunidad Sorda, la sordera es una identidad cultural y lingüística, y la lengua de señas es su lengua natural. En Ecuador, la lengua de señas ecuatoriana es el medio de comunicación de una comunidad con su propia historia, organizaciones y expresiones culturales. Reconocer esta perspectiva no contradice la atención clínica: amplía las opciones y exige respeto por las decisiones de las personas y las familias.

En la infancia, la discusión sobre la modalidad de comunicación tiene consecuencias duraderas. Humphries et al. (2012) advirtieron que excluir la lengua de señas mientras se espera el resultado de las tecnologías auditivas puede exponer a algunos niños a un periodo de privación lingüística con efectos sobre el desarrollo cognitivo y social. Las familias necesitan información equilibrada sobre las tecnologías auditivas, la lengua de señas y los enfoques bilingües, sin presiones que conviertan una decisión compleja en una elección entre bandos.

Para el servicio de salud, esto se traduce en acciones concretas: contar con intérpretes profesionales de lengua de señas, ofrecer materiales en formatos visuales, permitir que la persona elija su modalidad de comunicación y capacitar al personal para no dirigirse al intérprete en lugar de a la persona. La accesibilidad no es un favor que se concede, sino una condición de la atención de calidad.

Tabla 13

Estrategias de comunicación para familias y entornos con personas con pérdida auditiva

Estrategia	Cómo aplicarla	Por qué ayuda
Obtener la atención	Llamar por su nombre o tocar suavemente el brazo antes de hablar	Evita que se pierda el inicio del mensaje
Cuidar la posición	Hablar de frente, a corta distancia y con luz en el rostro	Facilita la lectura labial y las expresiones
Reducir el ruido	Apagar la televisión y elegir lugares tranquilos	Disminuye el esfuerzo de escucha
Reformular	Decir lo mismo con otras palabras en lugar de repetir más fuerte	Algunas palabras son más fáciles de reconocer que otras
Confirmar	Verificar datos clave como horas, lugares o dosis por escrito	Previene errores con información crítica

Nota. Elaboración propia basada en World Health Organization (2021a) y Organización Panamericana de la Salud (2022b).

5.7 Tinnitus: un sonido que ocupa la atención

El tinnitus es la percepción de sonido sin una fuente externa correspondiente. Puede manifestarse como zumbido, silbido, pulsación u otras descripciones. Su impacto varía desde una percepción ocasional hasta interferencia con sueño, concentración y bienestar. El NIDCD señala que el tinnitus es frecuente y que puede asociarse con exposición a ruido, pérdida auditiva, medicamentos u otras condiciones, y que

afecta a una proporción considerable de la población adulta (NIDCD, 2024, 2025a).

La historia distingue lateralidad, inicio, ritmo, sincronía con el pulso, síntomas auditivos o neurológicos y nivel de angustia. La comunicación inicial es terapéuticamente relevante. Decir «tendrá que acostumbrarse» puede aumentar desesperanza; prometer una cura universal carece de sustento. Es preferible explicar el plan de evaluación, los factores tratables, las estrategias disponibles y la relación entre atención, sueño y percepción.

Cuando el tinnitus provoca angustia intensa, ansiedad o alteraciones significativas, la evaluación debe incluir bienestar emocional y riesgo. Integrar apoyo psicológico no significa que el síntoma sea «imaginario». Reconoce que percepción y sufrimiento interactúan y que el cuidado puede necesitar varias disciplinas.

La terapia cognitivo-conductual es una de las intervenciones con mayor respaldo para reducir el impacto del tinnitus. Una revisión sistemática concluyó que puede disminuir el efecto negativo del tinnitus sobre la calidad de vida, aunque no elimina el sonido y la certeza de la evidencia es limitada (Fuller et al., 2020). Explicar esta diferencia es importante: el objetivo no es que el sonido desaparezca, sino que deje de ocupar el centro de la vida de la persona. El Tinnitus Handicap Inventory permite documentar el impacto percibido y valorar el cambio a lo largo del tratamiento (Newman et al., 1996).

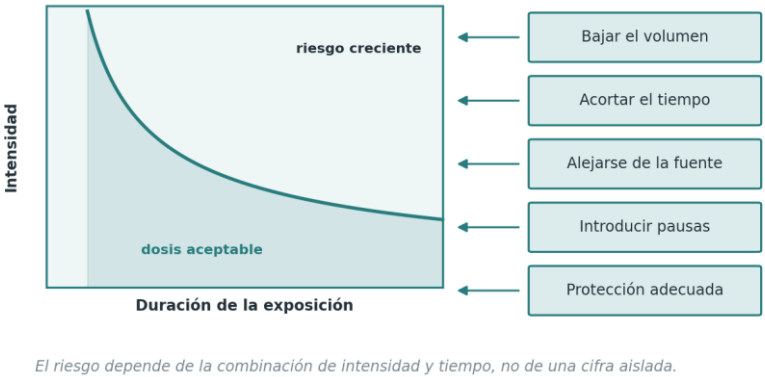
5.8 Escucha segura y prevención

La prevención incluye inmunización, cuidado maternoinfantil, manejo de infecciones, uso racional de medicamentos ototóxicos, protección ocupacional y reducción de exposición a sonidos intensos (World Health Organization, 2026). La educación sobre escucha segura debe evitar reglas simplistas desconectadas de intensidad, duración y contexto. El principio es reducir dosis sonora mediante menor volumen, menor tiempo, distancia, pausas y protección adecuada.

Los protectores auditivos deben seleccionarse según actividad y riesgo. Una sobreprotección innecesaria puede interferir con señales; una protección insuficiente ofrece falsa seguridad. En el trabajo, la responsabilidad no recae únicamente en el trabajador: se priorizan controles de fuente y ambiente, luego medidas administrativas y equipos personales según la jerarquía de control.

Figura 9

Dosis sonora: intensidad, duración y pausas



Nota. Elaboración propia basada en World Health Organization (2021a, 2026). Representación conceptual de la relación entre intensidad y tiempo; no sustituye los límites técnicos de exposición ocupacional.

5.9 Viñeta pedagógica: «Me cansé de pedir que repitan»

Un hombre de 68 años consulta porque su familia percibe que eleva el volumen del televisor. Él afirma que oye bien, pero reconoce que dejó de asistir a reuniones porque las conversaciones múltiples le resultan agotadoras. La evaluación identifica pérdida auditiva y se construyen metas de rehabilitación. El plan incluye tecnología cuando corresponde, entrenamiento y cambios familiares: hablar de frente, reducir ruido y evitar responder «no importa» cuando pide repetición.

El caso muestra una discrepancia entre «oír sonidos» y participar. También evidencia estigma: aceptar una dificultad auditiva puede

asociarse con envejecimiento. La comunicación debe preservar autonomía y mostrar la rehabilitación como una herramienta de conexión, no como una etiqueta.

En el seguimiento, el paciente reconoce que su mayor temor era «verse viejo» con un audífono. El equipo conversa sobre ese temor sin minimizarlo, le muestra opciones discretas y acuerda un periodo de prueba con metas concretas: seguir la conversación en el almuerzo familiar del domingo y volver a las reuniones de su asociación de jubilados. Semanas después, cuenta que su nieta le dijo que «por fin la escucha». La meta alcanzada no se mide solo en decibeles, sino en la recuperación de un vínculo.

Nota ética: viñeta ficticia de carácter educativo.

5.10 Preguntas para la práctica

- ¿El resultado audiológico se conecta con situaciones reales?
- ¿El servicio dispone de apoyos visuales y canales accesibles?
- ¿La ruta de tamizaje incluye confirmación y rehabilitación?
- ¿Las metas se definen con el paciente y se revisan?
- ¿La familia recibe estrategias sin desplazar la voz de la persona?
- ¿Se aborda el estigma asociado con la pérdida auditiva y los dispositivos?
- ¿La información sobre audición y cognición se comunica sin exagerar ni minimizar?

- ¿Se respetan la identidad y la modalidad de comunicación de las personas sordas?
- ¿Las familias de niños con pérdida auditiva reciben información equilibrada sobre todas las opciones?

5.11 Cierre del capítulo

La audición permite recibir información, pero también pertenecer. Su cuidado exige prevención, diagnóstico, rehabilitación y entornos que no conviertan una diferencia sensorial en exclusión. Escuchar al paciente es el primer acto de una atención auditiva centrada en la persona.

En nuestro contexto, este cuidado depende tanto de la competencia clínica como de la organización de los servicios: de que la detección llegue a la atención primaria, de que las tecnologías sean asequibles y de que existan profesionales para acompañar su uso. Cada una de estas condiciones es una forma de decir a la persona que su participación importa.

CAPÍTULO 6. EQUILIBRIO: RECUPERAR CONFIANZA EN EL ESPACIO

> **Propósito del capítulo.** Explicar la experiencia de mareo y vértigo, destacar principios de historia clínica, seguridad, rehabilitación y acompañamiento emocional.
>
> **Conceptos clave.** Vértigo; inestabilidad; presíncope; sistema vestibular; VPPB; enfermedad de Ménière; compensación; rehabilitación; temor a caer.

6.1 El síntoma invisible

El mareo es difícil de describir y fácil de minimizar. Algunas personas dicen que «todo gira»; otras sienten flotación, desmayo, desequilibrio o desconexión. La misma palabra puede referirse a experiencias diferentes. El NIDCD define los trastornos del equilibrio como condiciones que producen inestabilidad o mareo y advierte que pueden afectar actividades diarias y causar dificultades emocionales (NIDCD, 2023a).

La invisibilidad genera sospecha social. Si la persona camina bien durante la consulta, familiares o empleadores pueden dudar de episodios intermitentes. Además, el temor a que el síntoma aparezca en público puede llevar a evitar transporte, escaleras, supermercados o espacios abiertos. La limitación se expande: ya no se evita solo el movimiento desencadenante, sino la posibilidad de perder control.

La consulta debe validar sin asumir una causa. Decir «lo que siente es real y necesitamos caracterizarlo» combina reconocimiento y rigor. El diagnóstico diferencial incluye causas vestibulares periféricas, neurológicas, cardiovasculares, metabólicas, farmacológicas y funcionales, entre otras. La entrevista orienta prioridad y pruebas.

La frecuencia del problema justifica una atención cuidadosa. En una muestra representativa de adultos estadounidenses de 40 años o más, el 35,4 % presentaba evidencia de disfunción vestibular, y quienes además referían mareo tenían una probabilidad de caer considerablemente mayor (Agrawal et al., 2009). En los servicios de urgencias, el mareo es un motivo de consulta frecuente en el que conviven causas benignas y otras potencialmente graves, como el ictus de la circulación posterior, lo que obliga a combinar una actitud tranquilizadora con un razonamiento clínico riguroso.

6.2 Describir antes de etiquetar

La descripción tradicional basada exclusivamente en «tipo de mareo» puede ser insuficiente. Resulta útil integrar temporalidad, desencadenantes y síntomas asociados: inicio súbito o gradual, episodios o continuidad, duración, relación con posición, movimiento, ortostatismo, sonido, esfuerzo o migraña. Se exploran pérdida auditiva, tinnitus, plenitud aural, cefalea, diplopía, disartria, debilidad, dolor torácico, palpitaciones y síncope según el caso.

El examen y las pruebas dependen de la hipótesis. No toda persona con mareo necesita la misma batería. Tampoco toda alteración vestibular aparece en una imagen estructural. Explicar esta realidad evita que un resultado «normal» sea interpretado como negación del síntoma.

El enfoque TiTrATE propone organizar el razonamiento a partir del patrón temporal, los desencadenantes y un examen dirigido, en lugar de depender de la descripción cualitativa del mareo (Newman-Toker y Edlow, 2015). Este enfoque distingue, por ejemplo, el síndrome vestibular agudo continuo, los episodios desencadenados por cambios de posición y los episodios espontáneos. En el síndrome vestibular agudo, una exploración oculomotora de tres pasos a pie de cama, conocida como HINTS, mostró mayor sensibilidad que la resonancia magnética temprana con difusión para identificar un ictus cuando es realizada por examinadores entrenados (Kattah et al., 2009). Explicar a la persona por qué se realizan ciertas maniobras, y por qué a veces no se solicita una imagen, forma parte de una comunicación honesta sobre el proceso diagnóstico.

Tabla 14

Patrones orientadores en mareo y vértigo

Patrón	Temporalidad /desencadenante	Datos asociados	Comentario
VPPB	Segundos; cambios de posición	Nistagmo posicional típico	Confirmar con maniobra apropiada
Ménière	Episodios de 20 min a 12 h	Síntomas auditivos fluctuantes	Aplicar criterios y audiometría
Hipofunción vestibular aguda	Horas-días; continuo al inicio	Náusea e inestabilidad	Diferenciar causas centrales
Presíncope	Al ponerse de pie o contexto sistémico	Visión oscura, debilidad	Explorar causas cardiovasculares/metabólicas
Causa central posible	Variable	Déficit neurológico o patrón atípico	Evaluación urgente según presentación

Nota. Orientación educativa basada en Bhattacharyya et al. (2017), Basura et al. (2020) y NIDCD (2023a); no permite autodiagnóstico.

La tabla anterior es orientadora, no diagnóstica. El VPPB, por ejemplo, se caracteriza por episodios desencadenados por cambios de posición y se confirma mediante maniobras posicionales específicas. La guía recomienda tratar con maniobras de reposicionamiento apropiadas y reducir el uso innecesario de supresores vestibulares e imágenes en casos que cumplen criterios sin datos atípicos (Bhattacharyya et al.,

2017). Una presentación atípica o signos neurológicos cambia la conducta.

Figura 10

Patrones temporales del mareo y el vértigo



Nota. Elaboración propia basada en Bhattacharyya et al. (2017), Basura et al. (2020) y NIDCD (2023a). Esquema orientador; no permite autodiagnóstico.

6.3 Enfermedad de Ménière e incertidumbre episódica

La enfermedad de Ménière se asocia con episodios de vértigo y síntomas auditivos característicos. Su diagnóstico se apoya en criterios clínicos y evaluación audiológica; la guía busca mejorar precisión, educación y resultados (Basura et al., 2020). Para el paciente, la dificultad no reside solo en el episodio, sino en no saber cuándo volverá.

Los criterios diagnósticos de consenso de la Sociedad Bárány definen la enfermedad de Ménière definida por la presencia de dos o más

episodios espontáneos de vértigo de 20 minutos a 12 horas de duración, una pérdida auditiva neurosensorial documentada en frecuencias bajas a medias en el oído afectado y síntomas auditivos fluctuantes, como hipoacusia, tinnitus o plenitud, en ese oído, siempre que otro diagnóstico no explique mejor el cuadro (Lopez-Escamez et al., 2015). Compartir estos criterios con la persona, en lenguaje claro, ayuda a entender por qué el diagnóstico puede requerir tiempo y observación.

La comunicación debe explicar qué elementos apoyan el diagnóstico, cuáles alternativas se consideran y qué registro puede ayudar. Un diario de síntomas puede documentar duración, audición, tinnitus, desencadenantes percibidos y tratamiento utilizado, pero debe evitar convertir la vida en vigilancia constante. Se acuerda qué información realmente será útil.

Las recomendaciones de estilo de vida o tratamiento se presentan con grado de certeza y objetivos realistas. Si se propone una medida con evidencia limitada, debe comunicarse. El paciente merece distinguir entre una recomendación sólida, una opción razonable y una práctica basada principalmente en experiencia.

6.4 Vértigo posicional: tratar y devolver movimiento

En el VPPB, las maniobras de reposicionamiento pueden ofrecer una intervención directa cuando el diagnóstico se establece correctamente. Sin embargo, algunas personas quedan con temor al movimiento incluso después de resolver el nistagmo posicional. El seguimiento debe

preguntar por actividad y confianza, no únicamente por presencia de giro.

La educación posterior aclara posibilidad de recurrencia, medidas seguras y cuándo consultar. Restringir movimientos de forma prolongada sin indicación puede reforzar evitación. El mensaje es progresivo: moverse de manera segura permite al sistema recuperar confianza y adaptación.

La maniobra de reposicionamiento de partículas es un tratamiento seguro y eficaz para el VPPB del canal posterior, con mayor probabilidad de resolución que las maniobras simuladas (Hilton y Pinder, 2014). Aun así, algunas personas presentan recurrencias. Anticipar esta posibilidad y explicar qué hacer si el vértigo reaparece evita que la recurrencia se viva como un fracaso del tratamiento o del profesional.

6.5 Rehabilitación vestibular y compensación

La rehabilitación vestibular utiliza ejercicios individualizados para favorecer estabilización de la mirada, habituación, equilibrio y marcha en condiciones apropiadas. La guía de práctica de Hall et al. (2022) respalda la rehabilitación para hipofunción vestibular periférica y destaca la necesidad de dosificación y supervisión profesional.

Una revisión sistemática encontró evidencia moderada a fuerte de que la rehabilitación vestibular es segura y eficaz para la disfunción

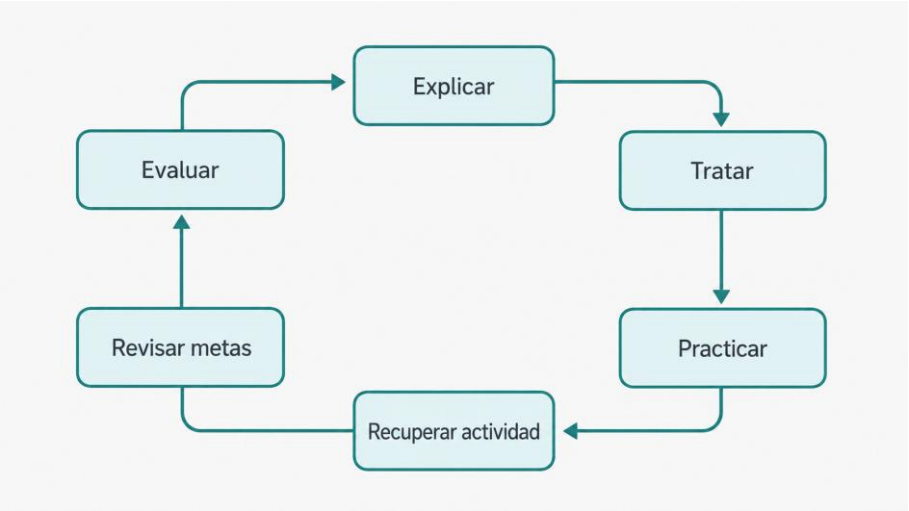
vestibular periférica unilateral, con beneficios en síntomas y en funcionamiento (McDonnell y Hillier, 2015). Su efecto depende de la práctica regular y progresiva, por lo que la motivación y la comprensión del propósito de cada ejercicio son tan importantes como la prescripción.

Los ejercicios pueden provocar síntomas de forma controlada; si esto no se explica, el paciente puede abandonarlos creyendo que se está dañando. La comunicación distingue una provocación esperada y limitada de una señal que exige detenerse o reevaluar. También establece metas funcionales: girar la cabeza al caminar, leer, comprar o usar transporte.

La adherencia mejora cuando la persona entiende la lógica y registra avances. Un plan excesivamente complejo compite con trabajo, cuidado familiar y fatiga. Priorizar pocos ejercicios, demostrarlos y usar teach-back o show-me favorece seguridad.

Figura 11

Recuperación vestibular orientada a la actividad



Nota. Elaboración propia basada en Hall et al. (2022).

6.6 Temor a caer y salud emocional

Después de una caída o un episodio intenso, el cuerpo puede permanecer en alerta. La persona camina rígida, reduce velocidad y evita situaciones. Algunas adaptaciones son prudentes; otras terminan disminuyendo fuerza y aumentando dependencia. Evaluar temor a caer ayuda a diseñar una exposición segura y coordinada.

La Falls Efficacy Scale-International permite valorar la preocupación por caer en actividades cotidianas, desde vestirse hasta caminar por superficies irregulares o asistir a eventos sociales (Yardley et al., 2005).

Conocer en qué actividades se concentra el temor ayuda a priorizar metas de rehabilitación y a diseñar una exposición gradual y segura.

Los síntomas vestibulares se relacionan con ansiedad por mecanismos bidireccionales. Reconocerlo no autoriza a concluir que «todo es psicológico». La evaluación integrada considera función vestibular, salud emocional y conductas de evitación. Cuando corresponde, el apoyo psicológico puede trabajar la amenaza anticipada mientras la rehabilitación aborda movimiento y equilibrio.

El Dizziness Handicap Inventory fue desarrollado para cuantificar efectos físicos, funcionales y emocionales percibidos de los trastornos vestibulares (Jacobson & Newman, 1990). Como otros instrumentos, sirve para seguimiento y conversación, no para sustituir diagnóstico.

Para el ámbito hispanohablante existe una adaptación cultural y validación al castellano rioplatense, elaborada a partir de la versión española, con alta consistencia interna y muy alta confiabilidad test-retest (Caldara et al., 2012). Vale la misma advertencia que en el caso del VHI: la versión disponible en español más cercana no es automáticamente la versión adecuada para cada país. La exigencia de validación cultural y lingüística no se agota al cambiar de idioma; opera también dentro de la propia lengua, entre variedades y entre sistemas de salud.

LA MIRADA HUMANA

Perder el equilibrio es perder por un instante la confianza en el suelo. Después, incluso cuando el piso está firme, la memoria del giro puede acompañar cada paso. La recuperación clínica necesita una segunda tarea: ayudar a que la persona vuelva a creer en su capacidad de moverse.

6.7 Mareo persistente, migraña vestibular y el diálogo entre cuerpo y mente

Algunas personas continúan con mareo durante meses después de que la causa inicial se ha resuelto o compensado. El mareo postural-perceptivo persistente se caracteriza por sensación de mareo, inestabilidad o balanceo no rotatorio la mayoría de los días durante tres meses o más, que empeora al estar de pie, con el movimiento propio o de los objetos y en ambientes visualmente complejos (Staab et al., 2017). Se trata de un trastorno funcional crónico: el sistema de control postural queda en un estado de alerta y vigilancia excesivas, aunque las estructuras vestibulares no muestren daño activo.

La migraña vestibular es otra causa frecuente de vértigo episódico y puede presentarse sin cefalea en todos los episodios. Sus criterios diagnósticos combinan episodios vestibulares de intensidad moderada o grave con antecedentes de migraña y características migrañosas en al menos una parte de los episodios (Lempert et al., 2012). Reconocerla evita estudios innecesarios y permite ofrecer un plan que incluya la

identificación de desencadenantes, el manejo de la migraña y la rehabilitación cuando corresponde.

En ambos casos, la forma de comunicar el diagnóstico es decisiva. Decir «no tiene nada» o «es de los nervios» puede generar desconfianza y la búsqueda de nuevas opiniones. En cambio, explicar que se trata de un trastorno real del procesamiento del equilibrio, con mecanismos conocidos y opciones de tratamiento, valida la experiencia y abre la puerta a intervenciones que integran rehabilitación vestibular, manejo de la ansiedad y, cuando corresponde, tratamiento farmacológico.

Tabla 15

Diagnósticos vestibulares frecuentes: qué necesita saber la persona

Diagnóstico	Mensaje central	Qué puede hacer la persona	Cuándo volver a consultar
VPPB	Se debe a partículas desplazadas en el oído interno y suele tratarse con maniobras	Retomar el movimiento de forma gradual	Si reaparece el giro o surgen síntomas nuevos
Neuritis vestibular	El cerebro puede compensar la lesión con el tiempo y el ejercicio	Mantenerse activo y realizar los ejercicios indicados	Si hay debilidad, habla alterada o visión doble

Diagnóstico	Mensaje central	Qué puede hacer la persona	Cuándo volver a consultar
Enfermedad de Ménière	Es una condición crónica con episodios y periodos de calma	Registrar síntomas útiles y planificar ante episodios	Si cambian la audición o la frecuencia de las crisis
Migraña vestibular	Es una forma de migraña que produce vértigo	Identificar desencadenantes y seguir el plan acordado	Si el patrón cambia o aparecen signos neurológicos
PPPD	Es un trastorno real del procesamiento del equilibrio	Exponerse de forma gradual a los estímulos evitados	Si el mareo limita cada vez más las actividades

Nota. Elaboración propia basada en Bhattacharyya et al. (2017), Lempert et al. (2012), Lopez-Escamez et al. (2015) y Staab et al. (2017). Orientación educativa; no sustituye la evaluación clínica.

6.8 Seguridad doméstica y autonomía

La prevención de caídas puede requerir iluminación, revisión de obstáculos, apoyos, calzado, evaluación visual, análisis de medicamentos y entrenamiento. Estas medidas se acuerdan sin convertir el hogar en un recordatorio permanente de fragilidad. La persona participa en decisiones y conserva actividades significativas con adaptaciones razonables.

Recomendar «no conduzca» o «no salga solo» puede ser necesario en ciertos periodos, pero debe acompañarse de criterios, plazo y plan de

reevaluación. Una restricción indefinida afecta trabajo y autonomía. Cuando no puede precisarse un plazo, se explica qué condiciones permitirán revisarla.

La autonomía también incluye el derecho a asumir ciertos riesgos. Una persona mayor puede preferir seguir caminando sola a su tienda de barrio aunque exista un riesgo de caída. El papel del equipo no es prohibir, sino informar con claridad, proponer medidas que reduzcan el riesgo, como calzado adecuado, apoyos o rutas conocidas, y respetar la decisión informada. Documentar esta conversación protege a la persona y al profesional.

6.9 Viñeta pedagógica: «Desde ese día camino mirando las paredes»

Una mujer de 55 años presenta episodios breves de giro al acostarse. Tras la evaluación se confirma un cuadro posicional y se realiza la intervención indicada. El giro mejora, pero ella sigue evitando girar la cabeza y duerme sentada. La consulta de seguimiento identifica temor residual. Se explica la recurrencia, se revisa seguridad y se diseña retorno gradual al movimiento.

La viñeta muestra que resolver el mecanismo no siempre resuelve la experiencia. La medida de éxito incluye el retorno a dormir, caminar y realizar actividades sin vigilancia constante.

En el seguimiento, la paciente aplica la Falls Efficacy Scale-International, que muestra un temor elevado a actividades como bañarse o salir de casa. El equipo acuerda un plan gradual de exposición al movimiento, con ejercicios de habituación y metas semanales. Dos meses después, vuelve a dormir acostada y camina sin mirar las paredes. Ella resume el cambio con una frase: «Volví a confiar en mi cabeza».

Nota ética: viñeta ficticia de carácter educativo.

6.10 Preguntas para la práctica

- ¿La historia diferencia duración, patrón y desencadenantes?
- ¿Se explican los resultados normales sin negar el síntoma?
- ¿El plan identifica señales de alarma y ruta de atención?
- ¿La rehabilitación se vincula con metas cotidianas?
- ¿Se evalúan temor a caer, evitación y apoyo disponible?
- ¿Se utiliza un enfoque basado en el patrón temporal y los desencadenantes para orientar el diagnóstico?
- ¿Se reconocen el mareo persistente y la migraña vestibular como diagnósticos reales?
- ¿Se anticipan las recurrencias y se explica qué hacer si ocurren?
- ¿Se respetan las decisiones informadas de la persona sobre su autonomía y el riesgo?

6.11 Cierre del capítulo

El equilibrio combina señales sensoriales, movimiento y confianza. La atención humanizada caracteriza el síntoma con precisión, detecta riesgo, ofrece tratamiento y acompaña el retorno a la actividad. Recuperarse significa volver a habitar el espacio con menos temor.

Esa recuperación rara vez es lineal. Puede incluir retrocesos, días buenos y malos, y momentos de desánimo. Acompañarla significa ofrecer un plan claro, disponibilidad para ajustar el rumbo y la convicción, compartida con la persona, de que el sistema del equilibrio tiene una notable capacidad de adaptación.

CAPÍTULO 7. RESPIRAR, OLER Y DEGLUTIR: FUNCIONES ÍNTIMAS DE LA VIDA DIARIA

> **Propósito del capítulo.** Integrar la dimensión clínica y humana de la respiración nasal, el olfato y la deglución, con énfasis en seguridad, calidad de vida y comunicación.
>
> **Conceptos clave.** Obstrucción nasal; rinosinusitis; olfato; sabor; seguridad; deglución; aspiración; sueño; alimentación; estigma.

7.1 Respirar sin pensarlo

La respiración suele permanecer fuera de la conciencia hasta que exige esfuerzo. La obstrucción nasal puede alterar sueño, ejercicio, habla, alimentación y sensación de bienestar. La persona puede describir «falta de aire» aunque el problema se localice en la vía aérea superior; el profesional debe diferenciar esta percepción de causas pulmonares, cardiovasculares u otras y reconocer señales de urgencia.

La historia explora lateralidad, duración, variación, desencadenantes, secreción, dolor o presión, sangrado, pérdida de olfato, alergias, trauma, uso de medicamentos nasales y síntomas del sueño. También pregunta qué actividad se afecta. Una obstrucción nocturna puede producir cansancio y conflicto familiar por ronquido; una obstrucción durante ejercicio puede limitar rendimiento; una alteración persistente puede cambiar la voz y la alimentación.

Explicar la anatomía con imágenes conceptuales ayuda, pero debe evitarse atribuir todo síntoma a una única estructura visible. La

sensación de flujo nasal es compleja. Los hallazgos se interpretan junto con historia y pruebas indicadas.

La escala NOSE ofrece una forma breve de documentar el impacto de la obstrucción nasal desde la perspectiva de la persona, con preguntas sobre congestión, dificultad para respirar por la nariz, sueño y actividad física (Stewart et al., 2004). Utilizada antes y después de una intervención, permite valorar si el cambio fue significativo para quien lo vive, más allá de la apariencia de la exploración.

7.2 Rinitis y rinosinusitis: expectativas y uso prudente de tratamientos

Los síntomas nasales frecuentes generan automedicación y expectativas de antibióticos. La comunicación puede prevenir daño si diferencia inflamación, infección viral y sospecha bacteriana sin convertir la consulta en una confrontación. La actualización de la guía de sinusitis del adulto enfatiza criterios diagnósticos, uso apropiado de estudios y decisiones terapéuticas basadas en la presentación (Payne et al., 2025).

Cuando no se indica un antibiótico, el paciente necesita una explicación y un plan, no solo una negativa. Se describe la evolución esperada, medidas de alivio, señales de empeoramiento y plazo de reevaluación. Este «plan positivo» demuestra que observar también es una conducta clínica.

La evidencia respalda esta prudencia. Una revisión sistemática de ensayos en adultos con rinosinusitis aguda diagnosticada en atención primaria encontró que los antibióticos ofrecen un beneficio pequeño en la curación y aumentan la frecuencia de efectos adversos, por lo que no se recomiendan de forma rutinaria en casos no complicados (Lemiengre et al., 2018). Comunicar este hallazgo con respeto implica reconocer el malestar, explicar la evolución natural y dejar claras las señales que justifican una nueva evaluación.

En enfermedad crónica, las metas deben ser realistas y medibles: reducción de congestión, recuperación del olfato, mejor sueño o menor uso de rescate. La cirugía, cuando se considera, se conversa en relación con beneficios anticipados frente a manejo no quirúrgico y características individuales; la guía sobre manejo quirúrgico de rinosinusitis crónica insiste en seleccionar a quienes pueden beneficiarse y realizar decisión compartida (Shin et al., 2025).

Tabla 16

Síntoma, impacto y pregunta centrada en la persona

Síntoma	Impacto que puede pasar inadvertido	Pregunta útil
Obstrucción nasal	Sueño, ejercicio, resonancia	«¿En qué momento del día le limita más?»
Pérdida de olfato	Seguridad, apetito, memoria	«¿Qué situación le preocupa no poder detectar?»

Síntoma	Impacto que puede pasar inadvertido	Pregunta útil
Distorsión olfatoria	Rechazo alimentario y náusea	«¿Qué olores cambiaron y cómo afecta su alimentación?»
Disfagia	Miedo, aislamiento, pérdida de peso	«¿Ha evitado comer con otras personas?»
Ronquido/ sueño no reparador	Fatiga y convivencia	«¿Cómo afecta el descanso y las actividades del día?»

Nota. Elaboración propia.

7.3 El olfato: memoria, placer y alarma

El olfato contribuye a detectar peligros, disfrutar alimentos y activar memorias. Su pérdida puede disminuir apetito, alterar percepción del sabor y producir duelo. Algunas personas sienten que el mundo se volvió «plano»; otras temen no percibir humo, gas o alimentos dañados. Estas preocupaciones merecen una respuesta concreta.

La evidencia confirma que estos temores tienen fundamento. En un estudio con personas con alteraciones del olfato, casi la mitad de quienes presentaban anosmia refería al menos un evento peligroso relacionado con su condición, como ingerir alimentos en mal estado o no detectar gas o humo, frente a una proporción mucho menor entre quienes tenían un olfato normal (Santos et al., 2004). En adultos mayores, la disfunción olfatoria se asoció con mayor mortalidad a cinco años, incluso después de ajustar por otros factores (Pinto et al., 2014). Este último hallazgo

no implica que el olfato sea la causa, pero sugiere que su pérdida puede ser un marcador de fragilidad que merece atención.

Los trastornos olfatorios incluyen disminución, ausencia, distorsión y percepciones sin estímulo. El NIDCD señala que pueden relacionarse con envejecimiento, infecciones, trauma, enfermedad sinonasal, exposición y condiciones neurológicas, entre otras causas (NIDCD, 2023b). La historia y evaluación orientan el estudio; la aparición de síntomas neurológicos o patrones atípicos requiere especial atención.

La seguridad doméstica puede apoyarse en detectores funcionales, fechas y etiquetado de alimentos, revisión por otra persona cuando sea necesario y hábitos de cocina seguros. El objetivo no es asustar, sino devolver control. Las recomendaciones deben considerar vivienda y recursos.

El entrenamiento olfatorio es una intervención sencilla que puede ofrecerse a algunas personas con pérdida del olfato. Consiste en oler de manera deliberada un conjunto de aromas, clásicamente rosa, eucalipto, limón y clavo de olor, dos veces al día durante varias semanas. En el estudio inicial de Hummel et al. (2009), una proporción mayor de pacientes que realizaron el entrenamiento mostró mejoría olfatoria en comparación con quienes no lo realizaron. Su bajo costo y su seguridad lo convierten en una opción razonable, siempre que se expliquen expectativas realistas y se acompañe de seguimiento.

Tabla 17

Pautas de seguridad ante la pérdida del olfato

Riesgo	Medida práctica	Apoyo posible
Humo o fuego	Instalar y revisar detectores de humo	Detectores con alarma luminosa si hay pérdida auditiva
Fugas de gas	Revisar conexiones y considerar detectores de gas	Revisión periódica por un técnico o familiar
Alimentos en mal estado	Etiquetar con fechas y respetar tiempos de conservación	Consultar a otra persona ante dudas
Higiene personal	Mantener rutinas regulares de aseo y lavado de ropa	Evitar la ansiedad por el olor corporal
Exceso de sal o azúcar	Usar hierbas, texturas y temperaturas para dar sabor	Orientación nutricional si hay comorbilidades

Nota. Elaboración propia basada en Croy et al. (2014), Santos et al. (2004) y NIDCD (2023b).

LA MIRADA HUMANA

Un olor puede abrir una habitación de la memoria. Perderlo no es solo dejar de percibir una sustancia: puede ser dejar de encontrar el camino sensorial hacia una persona, una comida o una época. La consulta no siempre puede devolver ese recuerdo, pero puede reconocer la pérdida.

7.4 Sabor y alimentación

Muchas quejas de «pérdida del gusto» reflejan disminución del componente olfatorio retronasal que contribuye al sabor. Explicar la diferencia entre gusto básico y sabor integrado ayuda a comprender por qué la comida parece insípida. No obstante, la evaluación debe escuchar el lenguaje del paciente antes de traducirlo a categorías técnicas.

La alteración puede conducir a añadir sal o azúcar, comer menos o buscar estímulos intensos. Cualquier recomendación nutricional debe adaptarse a comorbilidades y, cuando sea necesario, coordinarse con nutrición. Se pueden explorar textura, temperatura, color y contraste como fuentes de experiencia, sin prometer que reemplazarán el olfato.

El peso y la hidratación forman parte del seguimiento. Preguntar por cambios objetivos evita que el impacto se reduzca a una sensación. También conviene reconocer la dimensión social: rechazar comida puede interpretarse como desagrado hacia quien la preparó. Una explicación familiar reduce malentendidos.

7.5 Deglutir: seguridad y pertenencia en la mesa

La deglución coordina fases y estructuras para transportar alimentos y proteger la vía aérea. Una dificultad puede percibirse en la preparación oral, el paso faríngeo o el trayecto esofágico. Toser al comer, voz húmeda, sensación de atasco, degluciones repetidas, dolor, pérdida de peso y neumonías recurrentes son datos que deben contextualizarse.

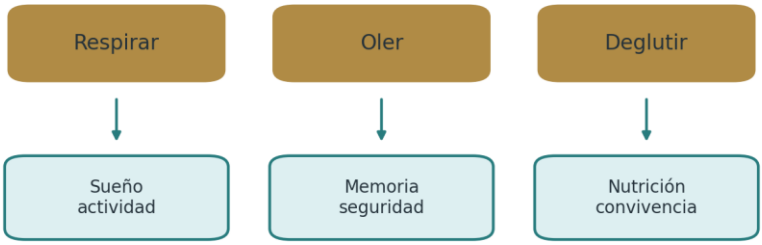
La evaluación clínica y los estudios instrumentales se seleccionan según el caso. Un resultado describe fisiología en condiciones determinadas; el plan necesita traducirse a la vida real. Si se modifica textura, el paciente y cuidadores deben comprender cómo prepararla, cómo reconocer consistencia y qué hacer fuera de casa.

La recomendación «coma despacio» puede ser insuficiente o incluso insegura si sustituye una evaluación. Del mismo modo, una dieta modificada sin seguimiento puede afectar nutrición y calidad de vida. El equipo interdisciplinario puede incluir otorrinolaringología, fonoaudiología, gastroenterología, neurología, nutrición, enfermería y otras áreas según la causa.

La disfagia no es solo una incomodidad. En personas mayores, la aspiración de alimentos, líquidos o secreciones se relaciona con la neumonía por aspiración, una causa importante de morbilidad y mortalidad (Marik y Kaplan, 2003). Por eso, la identificación temprana de la disfagia y su manejo interdisciplinario son intervenciones de seguridad. El uso de una terminología común para texturas y líquidos, como la propuesta por IDDSI, facilita que las indicaciones se mantengan cuando la persona pasa del hospital a su casa o a una residencia (Cichero et al., 2017).

Figura 12

Respirar, oler y deglutir: función, seguridad y significado



Nota. Elaboración propia.

7.6 Comunicar riesgo sin quitar autonomía

Cuando existe riesgo de aspiración, la conversación suele producir miedo. El profesional explica qué se observó, qué significa, qué incertidumbre existe y qué opciones se consideran. Se evita usar «prohibido» como única estrategia. El consentimiento incluye beneficios y cargas de cada alternativa.

La persona puede valorar de manera distinta seguridad, placer y participación. En situaciones complejas, el equipo debe respetar capacidad y preferencias, documentar la decisión y trabajar con ética clínica. Atención centrada en la persona no significa aceptar cualquier riesgo sin análisis; significa deliberar de forma transparente.

El lenguaje también importa. Decir que un paciente «no cumple» puede ocultar barreras: la textura es inaccesible, el alimento no pertenece a su cultura, el costo es alto o la explicación fue confusa. Preguntar «¿qué parte del plan es difícil de aplicar?» abre soluciones.

7.7 La mesa compartida: familia, cultura y dieta modificada

Comer es una práctica social y cultural. En muchas familias ecuatorianas, la comida del mediodía reúne a varias generaciones, y ciertos platos, como la sopa, el locro o las preparaciones de fiestas, tienen un fuerte significado afectivo. Cuando una persona necesita una dieta de textura modificada, la indicación no afecta solo lo que come, sino con quién y cómo comparte la mesa. Ekberg et al. (2002) encontraron que una proporción importante de personas con disfagia experimentaba ansiedad durante las comidas y evitaba comer con otras personas.

Adaptar las recomendaciones a la cultura alimentaria de la familia puede mejorar la adherencia y la calidad de vida. Muchos platos tradicionales pueden prepararse con la textura indicada sin perder su sabor ni su identidad. La participación de quien cocina en la familia, la explicación práctica de cómo verificar la consistencia y la disposición a revisar el plan si resulta imposible de aplicar son parte del tratamiento. El objetivo es que la persona siga sentándose a la mesa, no que coma aparte.

Los cuidadores también necesitan apoyo. Preparar texturas modificadas, supervisar las comidas y estar atentos a signos de

atragantamiento puede generar cansancio y temor. Preguntar cómo se sienten, reconocer su esfuerzo y ofrecerles información clara y canales de consulta forma parte de una atención centrada en la persona y en su red de cuidado.

7.8 Sueño, respiración y vida familiar

Los síntomas de vía aérea superior pueden coexistir con trastornos respiratorios del sueño. Ronquido, pausas observadas, somnolencia y sueño no reparador requieren evaluación apropiada. La comunicación debe evitar bromas o culpabilización por peso y ronquido. El acompañante aporta observaciones, pero el paciente mantiene el centro de la conversación.

Un plan diagnóstico puede ser complejo. Explicar qué prueba se solicita, cómo prepararse y qué significan posibles resultados reduce abandono. Si se indica un dispositivo o intervención, se exploran barreras, comodidad, trabajo por turnos, cuidado de hijos y apoyo doméstico.

La magnitud del problema es considerable. Una estimación basada en la literatura calculó que cerca de 936 millones de adultos de 30 a 69 años en el mundo podrían tener apnea obstructiva del sueño, y alrededor de 425 millones en grados moderados a graves (Benjafield et al., 2019). Muchas de estas personas no están diagnosticadas. Preguntar por el sueño en la consulta otorrinolaringológica es una oportunidad para identificar un problema con consecuencias sobre la salud cardiovascular, el rendimiento y la seguridad vial.

La mejora se evalúa con síntomas, adherencia, resultados objetivos cuando corresponden y calidad de vida. El descanso es un resultado humano: poder despertar con energía, concentrarse y convivir mejor.

7.9 Viñeta pedagógica: «La comida perdió su historia»

Después de una infección, una mujer percibe disminución persistente del olfato. No ha perdido peso, pero dejó de cocinar recetas familiares porque «ya no sabe cuándo están listas». La evaluación clínica orienta el manejo y se revisa seguridad en casa. Durante la consulta, ella expresa que el mayor dolor no es el sabor, sino no reconocer el aroma asociado con su madre.

El relato no cambia los hallazgos, pero cambia la meta. Además de seguimiento funcional y estrategias de seguridad, se propone reconstruir la experiencia culinaria mediante texturas, colores, tiempos de cocción y participación familiar. La intervención reconoce duelo y agencia sin ofrecer falsas promesas.

Se le propone además un programa de entrenamiento olfatorio con cuatro aromas y un registro sencillo de sus percepciones. Ella decide incluir, junto a los aromas del programa, el de una hierba que su madre usaba en la cocina. Meses después, cuenta que percibe algunos olores de manera distinta, pero que ha vuelto a cocinar con su hija, a quien enseña las recetas por tiempos y colores. La recuperación sensorial es parcial; la recuperación del vínculo con la cocina familiar, en cambio, es significativa.

Nota ética: viñeta ficticia de carácter pedagógico.

7.10 Preguntas para la práctica

- ¿La evaluación nasal pregunta por sueño, olfato y actividad?
- ¿La no prescripción incluye una explicación y un plan de seguimiento?
- ¿La pérdida olfatoria se acompaña de estrategias de seguridad?
- ¿Las recomendaciones de deglución son comprensibles y culturalmente posibles?
- ¿Las decisiones difíciles documentan preferencias y deliberación interdisciplinaria?
- ¿Se utilizan instrumentos como la escala NOSE para documentar el impacto de la obstrucción nasal?
- ¿Se ofrece entrenamiento olfatorio con expectativas realistas cuando está indicado?
- ¿Las dietas modificadas se adaptan a la cultura alimentaria de la familia?
- ¿Se pregunta por el sueño y por la carga de los cuidadores?

7.11 Cierre del capítulo

Respirar, oler y deglutir sostienen seguridad, placer y convivencia. Su cuidado requiere diagnóstico, pero también una lectura de rutinas, recursos y significados. La atención humanizada transforma una recomendación abstracta en un plan que puede vivirse.

Estas funciones suelen considerarse menores hasta que se pierden. Devolverles su lugar en la consulta, preguntar por ellas y tomarlas en serio es una forma de reconocer que la calidad de vida se construye también en los gestos cotidianos: respirar con facilidad, disfrutar un aroma o compartir una comida.

CAPÍTULO 8. GESTIONAR SERVICIOS QUE SEPAN ESCUCHAR

> **Propósito del capítulo.** Traducir la atención humanizada en procesos, responsabilidades e indicadores para servicios otorrinolaringológicos seguros, oportunos, equitativos y sostenibles.
>
> **Conceptos clave.** Calidad; estructura, proceso y resultado; experiencia del paciente; seguridad; continuidad; accesibilidad; mejora; liderazgo.

8.1 La humanización también se administra

Ninguna consulta empática compensa de manera indefinida un sistema confuso. Si las citas se pierden, si los resultados no se comunican, si las derivaciones se disuelven sin que nadie las siga, entonces la experiencia del paciente queda sostenida por el esfuerzo heroico de unas pocas personas. Y el heroísmo, por admirable que sea, no es una política institucional: se agota, rota de turno y termina jubilándose. La humanización que dura no se improvisa. Se diseña.

La OMS define calidad como el grado en que los servicios aumentan la probabilidad de resultados deseados y son coherentes con conocimiento profesional basado en evidencia. Los servicios deben ser efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes (World Health Organization et al., 2018). Estas dimensiones pueden entrar en tensión: reducir tiempos sin proteger

comunicación puede aumentar errores; incorporar tecnología sin accesibilidad puede ampliar desigualdades.

Berwick et al. (2008) propusieron el «triple objetivo» para los sistemas de salud: mejorar la experiencia de la atención, mejorar la salud de la población y reducir el costo por persona. Bodenheimer y Sinsky (2014) añadieron un cuarto objetivo, el bienestar de quienes proveen la atención, al advertir que el agotamiento de los equipos amenaza los otros tres. Esta perspectiva es útil para la gestión humanizada, porque recuerda que la experiencia del paciente y la del equipo están estrechamente relacionadas.

La gestión humanizada no agrega decoración al servicio. Revisa flujos desde la perspectiva de quien los atraviesa. Pregunta cuántas veces repite la historia, cuánto espera sin información, cómo recibe un resultado y qué ocurre si no puede oír una llamada. Cada punto de contacto puede facilitar o impedir atención.

8.2 Estructura, proceso y resultado

El modelo de Donabedian organiza la evaluación en estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1988). La estructura incluye personal, equipamiento, infraestructura y sistemas. El proceso observa lo que se hace: evaluación, comunicación, derivación y seguimiento. El resultado incluye salud, función, experiencia y seguridad.

En una clínica de voz, disponer de equipo endoscópico es estructura; documentar visualización laríngea antes de terapia cuando corresponde es proceso; mejorar función vocal y participación es resultado. En audición, contar con cabina y profesionales es estructura; ofrecer información accesible y ajustar tecnología es proceso; mejorar metas comunicativas es resultado.

Tabla 18

Ejemplos de estructura, proceso y resultado

Área	Estructura	Proceso	Resultado
Voz	Equipo y profesionales	Evaluación laríngea y plan interdisciplinario	Función vocal y retorno a actividades
Audición	Cabina, tecnología y acceso	Evaluación, ajuste y educación	Metas comunicativas y participación
Vestibular	Ruta diagnóstica y rehabilitación	Maniobras o ejercicios indicados	Menos síntomas, caídas y evitación
Comunicación	Materiales y apoyos accesibles	Teach-back y plan escrito	Comprensión y menos errores

Nota. Elaboración propia basada en Donabedian (1988).

Los indicadores deben equilibrarse. Si solo se mide cantidad de consultas, puede incentivarse velocidad. Si solo se mide satisfacción, pueden ocultarse prácticas sin evidencia. Un tablero combina acceso,

seguridad, adherencia a guías, resultados informados por pacientes, experiencia y equidad.

8.3 Mapear el recorrido del paciente

El mapa de recorrido identifica etapas, emociones, necesidades y fallas desde la búsqueda de atención hasta el seguimiento. Para una persona con hipoacusia, la primera barrera puede ser un sistema telefónico sin alternativa escrita. Para alguien con vértigo, trasladarse varias veces puede ser difícil. Para una persona con disfonía, responder un interrogatorio extenso por voz puede agravar fatiga.

El mapa se construye con pacientes y personal, no únicamente desde una oficina. Se observan situaciones reales, se analizan quejas y se incluyen grupos con barreras. El resultado no debe quedar como una lámina: cada punto crítico se vincula con responsable, cambio, indicador y fecha.

El diseño basado en la experiencia propone ir más allá de consultar a los pacientes: busca que pacientes y personal identifiquen juntos los momentos clave del recorrido, los llamados «puntos de contacto», y co-diseñen las mejoras (Bate y Robert, 2006). En un servicio otorrinolaringológico, esto puede significar invitar a personas con hipoacusia a revisar el sistema de llamado en la sala de espera, o a personas con disfagia a evaluar las indicaciones escritas que reciben al alta.

Figura 13

Recorrido del paciente y responsabilidades del servicio



Nota. Elaboración propia basada en World Health Organization et al. (2018).

Un ejemplo de mejora es ofrecer confirmación de citas por texto además de llamada, identificar necesidades comunicativas al agendar, reservar tiempo según complejidad, entregar resumen de plan y definir responsable de resultados. Ninguna medida aislada resuelve todo, pero el conjunto reduce fricción.

8.4 Seguridad del paciente

La seguridad comprende actividades organizadas para reducir daño evitable. El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 propone una atención en la que nadie resulte dañado y toda persona reciba cuidado seguro y respetuoso (World Health Organization, 2021b). La comunicación es una barrera de seguridad: verifica identidad, alergias, medicamentos, lateralidad, comprensión y continuidad.

En otorrinolaringología, riesgos comunicacionales pueden aparecer en preparación de procedimientos, uso de anticoagulantes, indicaciones posoperatorias, cuidado de dispositivos, restricciones y señales de alarma. Los documentos estandarizados ayudan, pero deben actualizarse y adaptarse. Una hoja desactualizada con información contradictoria es un riesgo.

La magnitud del daño evitable fue puesta en evidencia hace más de dos décadas, cuando el Instituto de Medicina estimó que entre 44 000 y 98 000 personas morían cada año en hospitales estadounidenses como consecuencia de errores prevenibles (Institute of Medicine, 2000). Desde entonces, herramientas sencillas han demostrado su valor. La lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, aplicada en hospitales de distintos países, se asoció con una reducción de la mortalidad y de las complicaciones posoperatorias (Haynes et al., 2009). En otorrinolaringología, donde muchos procedimientos comprometen la vía aérea compartida entre cirujano y anestesiólogo, la comunicación estructurada en el quirófano es una barrera de seguridad esencial.

El reporte de incidentes necesita una cultura justa. En lugar de buscar culpables de inmediato, se analizan condiciones: carga, interrupciones, diseño, entrenamiento y supervisión. La participación del paciente puede revelar daños que no aparecen en registros, como haber entendido una dosis de manera incorrecta o no saber a dónde acudir.

8.5 Acceso, oportunidad y equidad

La oportunidad no es idéntica para todas las condiciones. Una pérdida auditiva súbita requiere una ruta diferente de una queja crónica estable. Los sistemas de triaje deben incorporar criterios clínicos, pero también permitir que la persona describa el inicio y síntomas asociados sin quedar atrapada en opciones rígidas.

La equidad exige analizar resultados por edad, territorio, discapacidad, idioma, nivel socioeconómico y otras variables relevantes y permitidas. Un promedio favorable puede ocultar abandono en comunidades rurales o barreras para personas sordas. Recoger datos sin un plan de uso también genera carga y desconfianza; se explica el propósito y se protege privacidad.

Las desigualdades en salud no se explican solo por el acceso a los servicios. Marmot (2005) mostró que las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen, es decir, los determinantes sociales de la salud, explican buena parte de las diferencias en resultados entre grupos. Para un servicio de otorrinolaringología, esto implica reconocer que la exposición a ruido laboral, la vivienda, la educación y el ingreso influyen en la aparición de los problemas y en la posibilidad de seguir un tratamiento.

En el contexto ecuatoriano, esa lectura por grupos tiene destinatarios concretos: la población rural de la Costa y la Amazonía, las personas mayores, las personas sordas usuarias de lengua de señas ecuatoriana y

quienes dependen exclusivamente de la red pública. La Organización Panamericana de la Salud recomienda integrar el cuidado del oído y la audición centrado en las personas dentro de los planes nacionales de salud y en todos los niveles de atención, en lugar de sostenerlo como un programa vertical y aislado (Organización Panamericana de la Salud, 2022a). Trasladar esa recomendación a un servicio concreto significa hacerse una pregunta incómoda y verificable: quién queda hoy fuera de la ruta de atención, y por qué motivo.

La telesalud puede ampliar acceso para seguimiento, educación y algunas evaluaciones, pero no sustituye exploración o pruebas que requieren presencia. También demanda conectividad, privacidad, subtítulos y alternativas. La innovación se evalúa por resultados y equidad, no por novedad.

En audiología, la telesalud ha mostrado aplicaciones posibles en tamizaje, diagnóstico e intervención, incluidos el ajuste remoto de dispositivos y el seguimiento (Swanepoel y Hall, 2010). Estas herramientas pueden acercar servicios a zonas con escasez de especialistas, siempre que se resuelvan la conectividad, la calibración de equipos y el acompañamiento de personal local.

8.6 Liderazgo y cultura

La cultura se forma mediante lo que el liderazgo prioriza, mide y tolera. Si se exige productividad sin tiempo para explicar, el mensaje real contradice el discurso de humanización. Los líderes deben proteger

pausas de seguridad, promover trabajo interdisciplinario y responder a señales del personal.

El desgaste profesional afecta comunicación y continuidad. Humanizar al paciente sin cuidar al equipo produce una promesa frágil. El bienestar laboral no se resuelve solo con resiliencia individual; se revisan cargas, roles, autonomía, apoyo y posibilidad de aprender de errores.

El agotamiento profesional es frecuente y tiene consecuencias. West et al. (2018) revisaron la evidencia y mostraron que el síndrome de desgaste profesional en médicos se asocia con errores, peor calidad de atención y menor satisfacción de los pacientes, además de afectar la salud de los propios profesionales. Las soluciones más eficaces combinan intervenciones individuales con cambios organizacionales, como la reducción de la carga administrativa y el fortalecimiento del trabajo en equipo.

Las reuniones de mejora pueden incluir una «historia del recorrido» anonimizada y datos. La historia muestra impacto; los datos permiten saber si el problema es aislado o recurrente. La combinación evita decisiones basadas solo en anécdotas o promedios.

> **LA MIRADA HUMANA**
>
> Un sistema también habla. Habla cuando responde a tiempo, cuando recuerda una necesidad de accesibilidad y cuando explica una demora. También habla cuando obliga a repetir la historia o

> deja un resultado sin contexto. La gestión humanizada consiste en cuidar esa voz institucional.

8.7 Indicadores de una atención humanizada

La humanización puede medirse sin reducirse. Algunos indicadores posibles son porcentaje de pacientes con preferencia comunicativa documentada, uso de teach-back en instrucciones críticas, comunicación oportuna de resultados, abandono de rehabilitación, tiempo hasta evaluación de condiciones prioritarias, resultados funcionales y quejas relacionadas con trato o información.

Los indicadores deben contar con definición, numerador, denominador, fuente, frecuencia, responsable y meta. También necesitan medidas de balance. Por ejemplo, reducir tiempo de consulta puede aumentar llamadas posteriores; implementar teach-back puede modificar duración al inicio y disminuir errores después.

Tabla 19

Tablero mínimo de atención humanizada

Indicador	Tipo	Medida de balance
Preferencia comunicativa documentada	Proceso/equidad	Tiempo de registro y actualización
Teach-back en indicaciones críticas	Proceso/seguridad	Duración y llamadas posteriores

Indicador	Tipo	Medida de balance
Resultados comunicados en plazo	Proceso/continuidad	Carga del equipo y excepciones
Cambio en resultado informado	Resultado/función	Pérdidas de seguimiento
Tiempo a evaluación prioritaria	Oportunidad	Uso inadecuado de ruta urgente
Quejas por información o trato	Experiencia	Canales y facilidad para reportar

Nota. Cada indicador requiere definición local, responsable, frecuencia y análisis por equidad.

La experiencia cualitativa complementa el tablero. Entrevistas breves, grupos asesores de pacientes y revisión temática de comentarios explican por qué cambia un indicador. La confidencialidad y el consentimiento se respetan.

8.8 La voz de los pacientes en la gestión

La participación de pacientes y familias puede darse en distintos niveles. Carman et al. (2013) describieron un continuo que va desde la consulta, en la que se recoge la opinión de los pacientes, hasta la colaboración y el liderazgo compartido, en el que pacientes y profesionales toman decisiones juntos. Este continuo se aplica tanto a la atención directa como al diseño de los servicios y a la formulación de políticas.

Tabla 20

Niveles de participación de pacientes en la gestión del servicio

Nivel	Ejemplo en el servicio	Condición para que sea real
Informar	Carteles y materiales sobre derechos y rutas de atención	Información accesible y actualizada
Consultar	Encuestas de experiencia y buzones de sugerencias	Devolver a los pacientes qué cambió con sus aportes
Involucrar	Grupos focales para revisar materiales educativos	Incluir a personas con barreras de comunicación
Colaborar	Consejo asesor de pacientes en proyectos de mejora	Reglas claras, apoyo logístico y reconocimiento
Co-diseñar	Rediseño conjunto del recorrido de atención	Poder real de decisión sobre los cambios

Nota. Elaboración propia basada en Bate y Robert (2006) y Carman et al. (2013).

Un riesgo frecuente es la participación simbólica: invitar a un paciente a una reunión sin darle información previa, sin apoyo para participar y sin que sus aportes tengan consecuencias. La participación auténtica requiere preparación, lenguaje claro, apoyos de accesibilidad y el compromiso de explicar qué se hizo con las propuestas recibidas. En servicios que atienden a personas con hipoacusia o trastornos de la voz,

estos apoyos son indispensables para que la participación no excluya precisamente a quienes más conocen las barreras.

8.9 Mejora continua

Los ciclos Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar permiten probar cambios en pequeña escala. Primero se define el problema con datos; luego se implementa una prueba limitada; se analizan resultados y consecuencias; finalmente se adapta, adopta o abandona. «Hicimos una capacitación» no es un resultado. Se evalúa si la práctica cambió y si produjo beneficio.

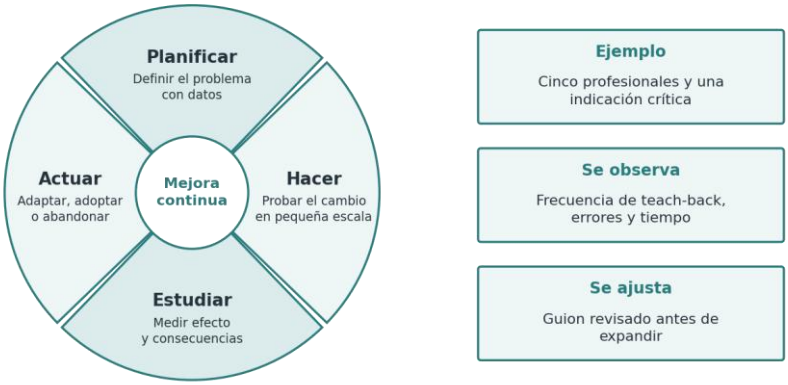
Un proyecto sobre resultados puede comenzar con cinco profesionales y una instrucción crítica. Se observa la frecuencia de teach-back, errores detectados y tiempo. Después se ajusta el guion y se expande. El propósito no es vigilar para sancionar, sino aprender.

La sostenibilidad requiere integrar el cambio en protocolos, inducción, sistemas y evaluación. Si depende de una persona entusiasta, desaparecerá con su ausencia.

El método PDSA es sencillo en apariencia, pero exige disciplina. Una revisión sistemática encontró que muchos proyectos que declaraban usarlo no aplicaban sus principios con fidelidad: pocos documentaban ciclos iterativos, predicciones explícitas o mediciones frecuentes en el tiempo (Taylor et al., 2014). Aplicarlo bien implica formular una predicción antes de cada prueba, medir con regularidad y aprender tanto de los cambios que funcionan como de los que no.

Figura 14

Ciclo de mejora aplicado a un servicio otorrinolaringológico



Nota. Elaboración propia. Aplica el ciclo Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar al ejemplo descrito en este apartado, en línea con World Health Organization (2021b).

8.10 Viñeta de gestión: «El resultado que nadie explicó»

Una clínica detecta llamadas repetidas después de publicar resultados en un portal. Los pacientes acceden a términos técnicos antes de conversar con el profesional y algunos interpretan hallazgos benignos como graves. El equipo mapea el flujo y define qué resultados requieren contacto previo, incorpora mensajes contextuales y establece plazos de respuesta.

La mejora se evalúa con tiempo de comunicación, llamadas no planificadas, comprensión y eventos. La solución no consiste en ocultar información, sino en acompañarla con contexto y acceso a preguntas.

Tres meses después de la intervención, el equipo revisa los datos. Las llamadas no planificadas han disminuido, los pacientes que recibieron mensajes contextuales refieren menos ansiedad y el tiempo hasta la conversación con el profesional se ha acortado. El equipo decide ampliar el cambio a otros tipos de resultados y presentar la experiencia en la reunión de calidad de la institución, incluyendo el testimonio anonimizado de una paciente que participó en el rediseño.

Nota ética: viñeta ficticia de mejora de calidad.

8.11 Preguntas para la práctica

- ¿El servicio tiene rutas diferenciadas según urgencia clínica?
- ¿Los resultados tienen responsable y plazo de comunicación?
- ¿Se analizan indicadores por grupos para detectar inequidad?
- ¿La productividad se equilibra con comprensión y seguridad?
- ¿La mejora incluye la voz de pacientes y personal?
- ¿El servicio utiliza listas de verificación en procedimientos con vía aérea compartida?
- ¿Se considera el bienestar del equipo como un objetivo de la gestión?

- ¿Los proyectos de mejora aplican ciclos iterativos con predicciones y mediciones?
- ¿Los pacientes participan en el diseño de los servicios con poder real de decisión?

8.12 Cierre del capítulo

La atención humanizada debe sobrevivir al cambio de turno, la presión asistencial y la complejidad administrativa. Para lograrlo, se diseña, se mide y se mejora. Un servicio que sabe escuchar convierte valores en procesos y procesos en resultados significativos.

La gestión humanizada no es un proyecto que se completa, sino una práctica que se sostiene. Requiere liderazgo, datos, participación y la disposición a revisar lo que se hace cada vez que la experiencia de un paciente revela una falla. En esa disposición se juega la diferencia entre un servicio que declara escuchar y uno que efectivamente lo hace.

CAPÍTULO 9. NARRATIVA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PÚBLICA DE LA SALUD

> **Propósito del capítulo.** Incorporar herramientas de medicina narrativa, escritura reflexiva y comunicación responsable para comprender experiencias, formar equipos y educar sin desinformar.
>
> **Conceptos clave.** Competencia narrativa; relato de enfermedad; escritura reflexiva; metáfora; testimonio; alfabetización en salud; ética; desinformación.

9.1 La historia clínica y la historia de la persona

La historia clínica selecciona información para tomar decisiones: inicio, evolución, antecedentes, hallazgos y plan. La historia de la persona contiene además escenas, temores, contradicciones y significados. Ambas son necesarias, pero cumplen funciones distintas. El reto es traducir sin borrar.

Greenhalgh y Hurwitz (1999) señalaron que la narrativa está presente en todo el proceso clínico: en el encuentro diagnóstico, donde la historia del paciente orienta la búsqueda; en el tratamiento, donde el relato ayuda a dar sentido a la enfermedad; en la educación, donde los casos enseñan; y en la investigación, donde las preguntas surgen de experiencias concretas. Desde esta perspectiva, la narrativa no se opone a la evidencia, sino que la contextualiza.

Charon (2001) propuso la medicina narrativa como un modelo para desarrollar empatía, reflexión, profesionalismo y confianza. La competencia narrativa implica reconocer, absorber, interpretar y responder a historias de enfermedad. No convierte al clínico en novelista; fortalece la capacidad de atender a la forma y al contenido del relato.

En otorrinolaringología, las palabras sensoriales son datos. «El piso se mueve como una ola», «las voces se mezclan» o «mi garganta se cierra» no son mediciones, pero orientan preguntas. La tarea profesional consiste en conservar la expresión y aclarar su significado clínico, sin sustituirla de inmediato por una etiqueta.

9.2 Escuchar la forma del relato

Una narración puede avanzar con claridad o fragmentarse. Puede comenzar por el síntoma o por la consecuencia. Puede usar metáforas de invasión, pérdida, silencio o encierro. Estas formas revelan cómo la persona organiza la experiencia. No deben interpretarse de manera psicológica automática; se exploran con preguntas.

Frank (1995) describió tres grandes tipos de relatos de enfermedad. En el relato de restitución, la persona espera volver a estar como antes; en el relato de caos, la experiencia aparece fragmentada y sin sentido aparente; y en el relato de búsqueda, la enfermedad se convierte en ocasión para un aprendizaje o una transformación. Reconocer el tipo de relato ayuda a responder de forma adecuada: una persona en un relato

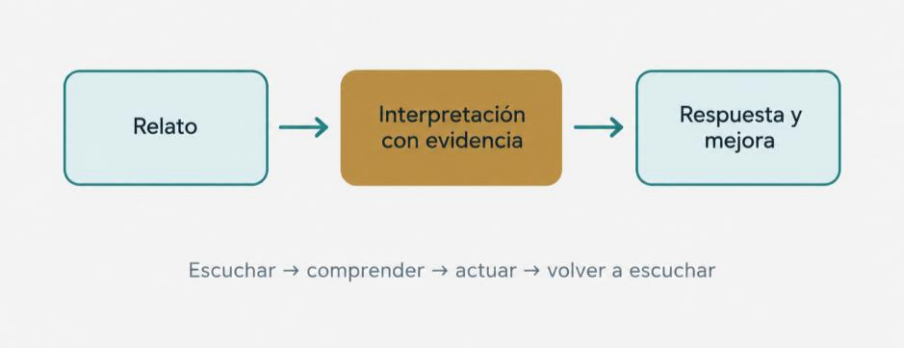
de caos no necesita, en ese momento, que se le pida encontrar un sentido, sino que se le escuche y se le ofrezca estabilidad.

Si alguien dice «mi voz me traicionó», el profesional puede responder: «¿En qué momentos siente esa traición?». La pregunta abre información sobre variabilidad, demanda y emoción. Corregir la metáfora —«la voz no puede traicionar»— cerraría el relato.

El silencio también tiene varias funciones. Puede indicar reflexión, dificultad auditiva, dolor, vergüenza o desacuerdo. Antes de llenarlo, se observa y se ofrece tiempo. En una consulta breve, unos segundos pueden evitar una conclusión equivocada.

Figura 15

Narrativa, evidencia y mejora



Nota. Elaboración propia basada en Charon (2001).

9.3 Escritura reflexiva para profesionales

La escritura reflexiva permite revisar encuentros, reconocer emociones y cuestionar decisiones. No es un diario clínico paralelo ni debe contener datos identificables. Puede utilizar consignas breves: «Escriba la consulta desde el punto de vista del paciente», «Describa un momento en que no comprendió un silencio» o «¿Qué palabra cambió el encuentro?».

DasGupta y Charon (2004) utilizaron narrativas personales y escritura reflexiva en educación médica para favorecer interacciones empáticas. En equipos, la actividad necesita reglas: participación voluntaria, confidencialidad, tiempo delimitado y ausencia de evaluación moral de la escritura. El objetivo no es producir literatura, sino ampliar atención.

La reflexión debe conectarse con acción. Si un texto revela que los pacientes reciben demasiada información al alta, el equipo puede rediseñar materiales y probar teach-back. La narrativa identifica; la mejora organiza.

Una revisión sistemática sobre reflexión en la formación de profesionales de la salud concluyó que la capacidad reflexiva puede desarrollarse, que requiere un entorno de apoyo y que la retroalimentación y la mentoría favorecen su profundidad (Mann et al., 2009). Esto sugiere que la escritura reflexiva es más eficaz cuando forma parte de un proceso acompañado que cuando se propone como una tarea aislada.

Tabla 21

Consignas de escritura reflexiva

Consigna	Propósito	Puente hacia la práctica
Escriba el encuentro desde la sala de espera	Observar incertidumbre del sistema	Rediseñar información previa
Describa un silencio sin interpretarlo	Suspender conclusiones	Formular una pregunta abierta
Reescriba una explicación sin tecnicismos	Practicar lenguaje claro	Probarla con teach-back
Nombre una decisión que cambió por la historia	Reconocer valores	Documentar decisión compartida
¿Qué palabra pudo causar daño?	Examinar lenguaje	Crear alternativa respetuosa

Nota. Elaboración propia basada en Charon (2001) y DasGupta y Charon (2004). No incluir datos identificables.

9.4 Relatos de pacientes: ética antes que impacto

Los testimonios pueden educar y movilizar, pero la vulnerabilidad no debe convertirse en material promocional. Antes de publicar, se explica propósito, audiencia, permanencia digital, posibilidad de retirar el consentimiento dentro de límites y alternativas para participar sin exponer identidad. El consentimiento para atención no equivale a consentimiento para difusión.

La anonimización no se logra solo cambiando un nombre. Una combinación de edad, profesión, diagnóstico raro, lugar y fecha puede identificar. La composición de casos reduce ese riesgo, pero debe declararse. En esta obra, todas las viñetas son ficticias y pedagógicas.

El editor también cuida el equilibrio de poder. Un paciente puede aceptar porque teme afectar la atención. La invitación debe realizarse de manera que la negativa no tenga consecuencias y, cuando sea posible, por alguien que no controle el acceso al servicio.

9.5 Escribir información de salud que pueda usarse

Un material educativo comienza por la acción que el lector necesita realizar. El orden habitual —definición, epidemiología, causas, síntomas, tratamiento— puede ser útil en un texto académico, pero una hoja de alta necesita otra jerarquía: qué hacer hoy, cómo hacerlo, qué evitar, cuándo pedir ayuda y a quién llamar.

El lenguaje claro utiliza títulos informativos, frases directas, voz activa, ejemplos y diseño legible. El CDC recomienda organizar materiales para que la audiencia encuentre y use la información, y probarlos con usuarios (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2025). La legibilidad automática no garantiza comprensión; un texto con palabras cortas puede seguir siendo confuso.

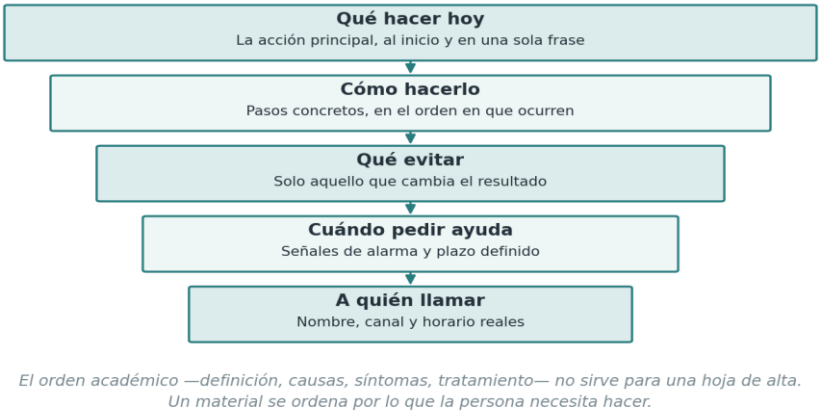
La alfabetización en salud incluye la capacidad de acceder, comprender, evaluar y aplicar información de salud para tomar decisiones en la vida

cotidiana (Sørensen et al., 2012). Un material educativo debe apoyar cada una de estas capacidades. La herramienta PEMAT, desarrollada para la AHRQ, permite evaluar si un material impreso o audiovisual es comprensible, es decir, si las personas pueden entender su mensaje, y si es accionable, es decir, si pueden identificar qué hacer a partir de él (Shoemaker et al., 2014).

Los materiales para personas con hipoacusia requieren información visual completa, no una transcripción parcial. Los videos deben incluir subtítulos precisos y, según la audiencia, interpretación en lengua de señas. Las imágenes no reemplazan texto alternativo. La accesibilidad se incorpora desde el inicio.

Figura 16

Jerarquía de un material educativo



Nota. Elaboración propia basada en CDC (2025) y AHRQ (2024).

9.6 Accesibilidad en la comunicación digital

Una parte creciente de la información de salud circula por medios digitales: portales de pacientes, sitios web institucionales, videos y redes sociales. Si estos canales no son accesibles, excluyen precisamente a muchas de las personas que atiende la otorrinolaringología. Las Pautas de Accesibilidad para el Contenido Web organizan los requisitos en cuatro principios: el contenido debe ser perceptible, operable, comprensible y robusto (World Wide Web Consortium, 2018).

Para una persona con pérdida auditiva, un video sin subtítulos es inaccesible; para alguien con baja visión, una infografía sin texto alternativo pierde su contenido; para una persona usuaria de lengua de señas, un texto extenso en lengua escrita puede no ser la mejor vía. La accesibilidad digital no es un complemento técnico, sino una decisión editorial que debe tomarse desde el diseño.

Tabla 22

Criterios de accesibilidad para contenidos digitales de salud

Principio	Aplicación práctica	Beneficio para la persona
Perceptible	Subtítulos precisos, transcripciones y texto alternativo en imágenes	Acceso a la información sin depender de un solo sentido
Operable	Navegación por teclado y tiempo suficiente para leer	Uso posible con distintas habilidades motoras

Principio	Aplicación práctica	Beneficio para la persona
Comprensible	Lenguaje claro, estructura predecible e instrucciones explícitas	Menor esfuerzo para entender y actuar
Robusto	Compatibilidad con lectores de pantalla y otros apoyos	Acceso sostenido con tecnologías de apoyo

Nota. Elaboración propia basada en World Wide Web Consortium (2018).

9.7 Comunicar riesgo y combatir desinformación

La desinformación prospera cuando ofrece certeza, identidad y una historia simple. Una respuesta basada solo en datos puede fracasar si ignora esas funciones. El profesional primero pregunta qué escuchó y qué le preocupa; después reconoce la parte comprensible de la duda, corrige con evidencia y ofrece una acción segura.

No toda información errónea merece amplificación. En materiales públicos, conviene enfatizar el hecho correcto, explicar brevemente por qué el mito falla y repetir la orientación. Evitar la burla protege la relación.

La investigación sobre desinformación muestra que las creencias erróneas suelen persistir aun después de ser corregidas, un fenómeno conocido como efecto de influencia continuada. Las correcciones son más eficaces cuando ofrecen una explicación alternativa que llene el vacío dejado por el mito, cuando se repiten y cuando se evita reiterar el mito más que el hecho correcto (Lewandowsky et al., 2012). En salud,

la desinformación en línea plantea desafíos particulares, porque se difunde con rapidez, apela a emociones y se mezcla con testimonios personales; por ello, se recomienda combinar la corrección con estrategias de prevención y con el fortalecimiento de fuentes confiables (Swire-Thompson y Lazer, 2020).

Las redes sociales acortan mensajes y mezclan educación con promoción. Un contenido responsable identifica autoría, fecha, alcance y fuentes; distingue información general de consulta individual; evita promesas y declara conflictos de interés. Los enlaces deben dirigir a la fuente original, no solo a una cadena de resúmenes.

> **LA MIRADA HUMANA**
>
> Una fuente científica dice de dónde viene una afirmación. Una voz humana explica por qué importa. La comunicación ética necesita ambas: evidencia para no engañar y relato para no olvidar a quién sirve esa evidencia.

9.8 Educación del paciente como diálogo

Educar no significa descargar información. Comienza por saber qué conoce la persona, qué desea aprender y qué puede aplicar. Un paciente que recibe un audífono necesita practicar su manejo; alguien con ejercicios vestibulares necesita demostrar técnica; una persona con cuidado posoperatorio necesita reconocer señales de alarma.

El método show-me convierte la instrucción en acción. Se pide demostrar una habilidad y se corrige de manera respetuosa. La familia puede participar con permiso, pero el equipo evita dirigir toda la explicación al acompañante.

La evaluación educativa usa resultados: ¿la persona realizó el cuidado?, ¿identificó una alarma?, ¿asistió al seguimiento?, ¿qué barrera encontró? Entregar un folleto es una actividad, no una evidencia de aprendizaje.

Una revisión sistemática encontró que el método teach-back se asocia con mejoras en el conocimiento de la enfermedad, la adherencia y el autocuidado en personas con enfermedades crónicas (Ha Dinh et al., 2016). Estos resultados refuerzan la idea de que la educación eficaz no termina con la entrega de información, sino con la comprobación de que la persona puede utilizarla.

9.9 Formación interdisciplinaria

Los equipos de otorrinolaringología reúnen profesiones con lenguajes y prioridades distintas. La formación puede usar simulación, revisión de casos, escritura reflexiva y observación de consultas. Una rúbrica simple evalúa agenda, escucha, lenguaje, verificación, decisión y cierre.

El paciente simulado debe representar diversidad sin caricaturas. Las personas sordas, mayores o con discapacidad no se reducen a su condición. La retroalimentación describe conducta: «habló mirando la pantalla durante la explicación», no identidad: «es poco empático».

La interdisciplina exige claridad de roles. El paciente no debe recibir indicaciones incompatibles. Reuniones breves, planes compartidos y documentación accesible ayudan a sostener coherencia.

La evidencia sobre la colaboración interprofesional sugiere que las intervenciones que la fortalecen pueden mejorar algunos resultados de la atención, aunque la certeza todavía es limitada (Reeves et al., 2017). En otorrinolaringología, donde el cuidado de la voz, la audición, el equilibrio y la deglución requiere a menudo varias disciplinas, la colaboración no es una opción deseable, sino una condición del buen resultado.

9.10 Taller propuesto: «Escuchar lo que el síntoma cuenta»

El taller puede desarrollarse en 90 minutos. Inicia con una viñeta y cinco minutos de escritura desde la perspectiva del paciente. Continúa con una discusión sobre datos clínicos y significados, una práctica de explicación con teach-back y un ejercicio de rediseño de instrucciones. Finaliza con un compromiso medible.

La evaluación incluye observación antes y después, confianza del personal y retroalimentación de pacientes. El producto puede ser un guion de cierre o un material revisado. Así, la narrativa se vincula con mejora real.

9.11 Viñeta pedagógica: «El zumbido tenía una historia»

Una joven consulta por tinnitus después de exposición recreativa a sonido intenso. Llega avergonzada porque en redes le dijeron que «se dañó para siempre por irresponsable». La evaluación determina el plan correspondiente. La conversación evita culpa, explica prevención y pregunta qué significa el sonido. Ella responde que cada noche le recuerda el momento en que perdió el control.

La educación incluye escucha segura y seguimiento; la dimensión narrativa identifica culpa y ansiedad. Un mensaje basado en miedo podría reforzar sufrimiento. Uno basado en responsabilidad y agencia permite aprender sin reducir a la persona a un error.

En el seguimiento, la joven comenta que ha empezado a usar protectores en conciertos y que ha compartido lo aprendido con sus amigos. El tinnitus persiste, pero ya no la despierta con la misma angustia. Cuando se le pregunta qué la ayudó, responde que fue sentir que alguien escuchaba su historia sin juzgarla. La viñeta muestra que la educación en salud es más eficaz cuando se construye desde el respeto y no desde el miedo.

Nota ética: viñeta ficticia de carácter educativo.

9.12 Preguntas para la práctica

- ¿La historia clínica conserva alguna expresión propia del paciente?
- ¿Los relatos usados en docencia cuentan con protección ética?

- ¿Los materiales indican acciones, plazos y contacto?
- ¿La información pública enlaza fuentes originales?
- ¿La reflexión del equipo se convierte en un cambio observable?
- ¿Los materiales educativos se evalúan por su comprensibilidad y su accionabilidad?
- ¿Los contenidos digitales incluyen subtítulos, texto alternativo y lenguaje claro?
- ¿Las correcciones de desinformación ofrecen una explicación alternativa?
- ¿Se comprueba que la persona puede aplicar lo aprendido?

9.13 Cierre del capítulo

Narrar no reemplaza medir; ayuda a saber qué medir y por qué. La escritura, la escucha y el lenguaje claro permiten que la ciencia circule sin perder precisión ni humanidad. En una especialidad dedicada a la voz y la audición, comunicar bien es parte del objeto de cuidado.

Las herramientas presentadas en este capítulo cierran el recorrido de la obra. Desde la persona antes que el síntoma hasta la comunicación pública, la propuesta ha sido la misma: integrar el rigor clínico con la escucha, la evidencia con el relato y la técnica con el respeto. En esa integración reside, en última instancia, la posibilidad de una otorrinolaringología verdaderamente humanizada.

Conclusiones

Escribimos este libro porque la otorrinolaringología atiende funciones que enlazan el cuerpo con el mundo. La voz permite expresarse; la audición sostiene las conversaciones; el equilibrio permite moverse; la nariz participa en la respiración, el olfato y la memoria; la faringe y la laringe protegen y coordinan actos esenciales. Cuando una de esas funciones cambia, la experiencia no se queda dentro de un órgano: se derrama sobre el trabajo, la casa, la mesa compartida y el modo en que alguien se presenta ante los demás.

El resultado clínico debe dialogar con el funcionamiento. Las pruebas y la exploración identifican alteraciones; las preguntas sobre actividad, participación y contexto muestran qué necesita recuperar la persona que tenemos delante. Los instrumentos informados por pacientes aportan estructura a esa conversación, y hemos insistido en que no la sustituyen. Un puntaje ordena; una historia explica.

Además, la comunicación constituye una competencia de seguridad, y no un rasgo de carácter. Escuchar la agenda completa, usar lenguaje claro, explicar la incertidumbre, comprobar la comprensión y cerrar con un plan reduce errores y fortalece la autonomía. Cuando atendemos a personas con alteraciones auditivas o vocales, la accesibilidad del encuentro deja de ser una cortesía y se convierte en una condición clínica.

Cabe recalcar que humanizar exige gestión. Aprendimos, escribiendo estas páginas, que los valores enunciados en una cartelera no cambian por sí solos una consulta: hay que convertirlos en rutas, responsables, indicadores y ciclos de mejora. Un servicio centrado en las personas identifica las barreras antes de que se conviertan en abandono, comunica los resultados y aprende tanto de la experiencia de los pacientes como de la de quienes trabajan allí.

Para finalizar la narrativa ofrece un método para observar sin inventar. Las historias nos permiten reconocer pérdidas que ninguna prueba registra y formular metas que valen la pena. Ese uso tiene exigencias, y las hemos sostenido a lo largo del libro: consentimiento, confidencialidad y claridad sobre la diferencia entre un caso real, una composición pedagógica y la evidencia.

Escribimos juntos porque esa es, en el fondo, la idea matriz del libro. Uno de nosotros llegó desde la clínica otorrinolaringológica y la gerencia sanitaria; la otra, desde la comunicación y la escritura. A lo largo de estas páginas comprobamos que no son campos rivales: juntos producen una atención más precisa, más comprensible y más digna que la que cualquiera de los dos habría descrito por separado. Escuchar, hablar y sanar no describe una secuencia garantizada. Nombra una responsabilidad que compartimos: crear las condiciones para que cada persona pueda volver a participar en su propia vida.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

Para profesionales clínicos

- Preguntar qué actividad se ha perdido o limitado.
- Identificar señales de alarma y comunicar una ruta concreta.
- Adaptar el canal a la capacidad auditiva, vocal, lingüística y cognitiva.
- Utilizar resultados informados por pacientes junto con medidas clínicas.
- Documentar metas, incertidumbre, preferencias y seguimiento.

Para gestores sanitarios

- Mapear el recorrido completo y asignar responsables a cada transición.
- Medir acceso, seguridad, resultados funcionales, experiencia y equidad.
- Incorporar lenguaje claro y accesibilidad en sistemas, no solo en folletos.
- Proteger tiempo para comunicación en procesos de alta complejidad.
- Incluir pacientes y personal en ciclos de mejora.

Para comunicadores y editores

- Verificar cada afirmación médica en fuentes originales y vigentes.
- Diferenciar educación general de consejo individual.

- Diseñar para uso: acciones, plazos, señales y contacto.
- Proteger consentimiento e identidad en relatos.
- Evitar imágenes o titulares que estigmaticen discapacidad o enfermedad.

Para docentes e investigadores

- Integrar competencia narrativa y evaluación clínica.
- Declarar si una viñeta es real, anonimizada o ficticia.
- Usar instrumentos validados en la población y lengua correspondientes.
- Someter proyectos con participantes a la revisión ética aplicable.
- Enseñar a comunicar incertidumbre y no solo diagnósticos.

Glosario esencial

Accesibilidad comunicacional. Conjunto de condiciones que permite recibir, comprender y expresar información mediante canales adecuados a las necesidades de cada persona.

Actividad. Ejecución de una tarea por una persona, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento.

Atención centrada en la persona. Enfoque que organiza información, decisiones y servicios alrededor de necesidades, valores, preferencias y contexto, dentro de una práctica segura y basada en evidencia.

Audiometría. Conjunto de pruebas utilizadas para evaluar aspectos de la audición; su modalidad depende de edad, objetivo y condición clínica.

Audífono. Dispositivo destinado a amplificar y procesar sonido para determinadas personas con pérdida auditiva.

Calidad de vida relacionada con la salud. Percepción del efecto de una condición y su atención sobre dimensiones físicas, emocionales y sociales.

Cóclea. Estructura del oído interno que participa en la transducción de energía mecánica sonora en señales neurales.

Competencia narrativa. Capacidad de reconocer, interpretar y responder a relatos de enfermedad con atención a contenido y forma.

Decisión compartida. Proceso en el que profesional y paciente conversan sobre opciones, evidencia, preferencias y circunstancias para acordar una decisión.

Disfagia. Dificultad en el proceso de deglución; requiere caracterización y evaluación según la presentación.

Disfonía. Alteración de calidad, tono, intensidad o esfuerzo vocal que puede afectar la comunicación.

Efectividad. Grado en que una intervención o servicio logra resultados beneficiosos en la práctica.

Equidad. Ausencia de diferencias injustas y evitables en acceso, experiencia y resultados.

Escucha segura. Prácticas destinadas a reducir el riesgo de daño auditivo asociado con intensidad y duración del sonido.

Fonación. Producción de voz mediante interacción entre respiración, vibración laríngea y tracto vocal.

Funcionamiento. Concepto que integra funciones corporales, actividad y participación en interacción con el entorno.

Hipoacusia. Disminución de la capacidad auditiva, que puede variar en tipo, grado, configuración y consecuencias.

Humanización. Organización del cuidado para proteger dignidad, autonomía, comprensión, seguridad y singularidad de la persona.

Indicador. Medida definida para observar estructura, proceso o resultado y orientar decisiones de mejora.

Lenguaje claro. Comunicación organizada para que la audiencia encuentre, comprenda y utilice la información.

Laringoscopia. Evaluación visual de la laringe mediante técnicas e instrumentos apropiados.

Olfato retronasal. Percepción de compuestos volátiles que llegan al sistema olfatorio desde la cavidad oral durante la alimentación y contribuyen al sabor.

Ototoxicidad. Daño funcional en oído o sistema vestibular relacionado con determinadas sustancias o medicamentos.

Participación. Involucramiento en situaciones de la vida, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento.

Presíncope. Sensación de desvanecimiento inminente sin pérdida completa de conciencia; requiere diferenciación de vértigo e inestabilidad.

Resultado informado por el paciente. Información proporcionada directamente por la persona sobre síntomas, función o calidad de vida, sin interpretación inicial de terceros.

Rinosinusitis. Inflamación sintomática de cavidad nasal y senos paranasales, clasificada y manejada según duración y criterios clínicos.

Teach-back. Método para comprobar comprensión pidiendo a la persona que explique con sus palabras el plan o la información recibida.

Tinnitus. Percepción de sonido sin una fuente externa correspondiente.

Vértigo. Ilusión de movimiento propio o del entorno; es una forma específica de mareo.

VPPB. Vértigo posicional paroxístico benigno, trastorno vestibular caracterizado por episodios provocados por cambios de posición y confirmado mediante evaluación apropiada.

APÉNDICE A. GUION DE CONSULTA CENTRADA EN LA PERSONA

Antes del encuentro

1. Confirmar identidad, canal preferido y necesidad de apoyo.
2. Revisar motivo, antecedentes disponibles y riesgos.
3. Preparar ambiente con iluminación, privacidad y menor ruido.

Apertura

4. Presentarse y explicar roles.
5. Preguntar qué preocupa y qué espera resolver.
6. Acordar agenda y estructura.

Historia y evaluación

7. Permitir relato inicial.
8. Precisar inicio, curso, desencadenantes y síntomas asociados.
9. Preguntar por actividad, participación y significado.
10. Identificar alertas y barreras para seguir el plan.

Explicación y decisión

11. Resumir hallazgos y comprobar exactitud.
12. Diferenciar lo conocido, probable e incierto.
13. Presentar opciones, beneficios, riesgos y exigencias.
14. Explorar preferencias y formular recomendación contextualizada.

Cierre

15. Resumir plan, responsables y plazos.
16. Explicar señales de alarma y ruta.

17.Utilizar teach-back o show-me.

18.Entregar información accesible y contacto.

APÉNDICE B. FICHA PARA EVALUAR MATERIALES EDUCATIVOS

Tabla 23

Criterios para revisar un material educativo

Criterio	Pregunta de verificación	Cumple
Propósito	¿La acción principal aparece al inicio?	Sí / Parcial / No
Lenguaje	¿Define términos y usa frases directas?	Sí / Parcial / No
Seguridad	¿Incluye señales, plazos y contacto?	Sí / Parcial / No
Accesibilidad	¿Tiene tamaño legible, contraste, subtítulos y texto alternativo?	Sí / Parcial / No
Evidencia	¿Identifica autor, fecha y fuente original?	Sí / Parcial / No
Prueba con usuarios	¿La audiencia puede encontrar y explicar la acción?	Sí / Parcial / No

Nota. Adaptación propia basada en AHRQ (2024) y CDC (2025).

La ficha puede aplicarse con usuarios reales. La evaluación editorial no sustituye la prueba de comprensión. Se recomienda observar si la persona localiza una acción, explica el plan y reconoce una señal de alarma.

APÉNDICE C. MATRIZ BÁSICA DE INDICADORES

Tabla 24

Matriz básica de indicadores de mejora

Indicador	Numerador	Denominador	Frecuencia	Responsable
Teach-back crítico	Consultas con verificación	Consultas elegibles	Mensual	Calidad clínica
Resultado en plazo	Resultados comunicados a tiempo	Resultados que requieren contacto	Mensual	Coordinación
Seguimiento auditivo	Pacientes que completan ajuste	Pacientes con dispositivo nuevo	Trimestral	Audiología
Meta funcional	Historias con meta documentada	Consultas seleccionadas	Trimestral	Jefatura clínica
Acceso equitativo	Tiempo por grupo	Pacientes del grupo	Trimestral	Gestión

Nota. Plantilla adaptable; no establece metas universales.

Cada institución debe adaptar definiciones y metas a su contexto, normativa y capacidad de información. Antes de comparar servicios, debe comprobarse que numeradores, denominadores y periodos sean equivalentes.

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Alexander Hernandez Alfonso: conceptualización clínica; revisión de contenidos otorrinolaringológicos; integración de gerencia y calidad sanitaria; validación profesional previa a publicación.

Lucy Jara Zea: conceptualización comunicacional y narrativa; redacción y edición académica; lenguaje claro; integración de viñetas pedagógicas y experiencia humana.

Contribución conjunta: diseño de la obra; selección de fuentes; revisión crítica; aprobación de la versión destinada a publicación.

REFERENCIAS

Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). *Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 3rd edition: Use the teach-back method (Tool 5).* Recuperado el 5 de agosto de 2026, de https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html

Agrawal, Y., Carey, J. P., Della Santina, C. C., Schubert, M. C., & Minor, L. B. (2009). Disorders of balance and vestibular function in US adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2004. *Archives of Internal Medicine, 169*(10), 938-944. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.66

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 55*(3), 164-177. https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES: A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist, 5*(4), 302-311. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making: The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine, 366*(9), 780-781. https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283

Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J., & MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ, 178*(12), 1555-1562. https://doi.org/10.1503/cmaj.070690

Basura, G. J., Adams, M. E., Monfared, A., Schwartz, S. R., Antonelli, P. J., Burkard, R., Bush, M. L., Bykowski, J., Colandrea, M., Derebery, J., Kelly, E. A., Kerber, K. A., Koopman, C. F., Kuch, A. A., Marcolini, E., McKinnon, B. J., Ruckenstein, M. J., Valenzuela, C. V., Vosooney, A., ... Buchanan, E. M. (2020). Clinical practice guideline: Ménière's disease. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 162*(2_suppl), S1-S55. https://doi.org/10.1177/0194599820909438

Bate, P., & Robert, G. (2006). Experience-based design: From redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care, 15*(5), 307-310. https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016527

Beach, M. C., Inui, T., & the Relationship-Centered Care Research Network. (2006). Relationship-centered care: A constructive

reframing. *Journal of General Internal Medicine, 21*(Suppl. 1), S3-S8. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x

Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology, 117*(12), 919-924. https://doi.org/10.1177/000348940811701210

Benjafield, A. V., Ayas, N. T., Eastwood, P. R., Heinzer, R., Ip, M. S. M., Morrell, M. J., Nunez, C. M., Patel, S. R., Penzel, T., Pépin, J.-L., Peppard, P. E., Sinha, S., Tufik, S., Valentine, K., & Malhotra, A. (2019). Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: A literature-based analysis. *The Lancet Respiratory Medicine, 7*(8), 687-698. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30198-5

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine, 155*(2), 97-107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs, 27*(3), 759-769. https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759

Bhattacharyya, N. (2014). The prevalence of voice problems among adults in the United States. *The Laryngoscope, 124*(10), 2359-2362. https://doi.org/10.1002/lary.24740

Bhattacharyya, N., Gubbels, S. P., Schwartz, S. R., Edlow, J. A., El-Kashlan, H., Fife, T., Holmberg, J. M., Mahoney, K., Hollingsworth, D. B., Roberts, R., Seidman, M. D., Steiner, R. W. P., Tsai Do, B., Voelker, C. C. J., Waguespack, R. W., & Corrigan, M. D. (2017). Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 156*(3_suppl), S1-S47. https://doi.org/10.1177/0194599816689667

Black, N., Varaganum, M., & Hutchings, A. (2014). Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Quality & Safety, 23*(7), 534-542. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002707

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine, 12*(6), 573-576. https://doi.org/10.1370/afm.1713

Caldara, B., Asenzo, A. I., Brusotti Paglia, G., Ferreri, E., Gomez, R. S., Laiz, M. M., Luques, M. L., Mangoni, A. P., Marazzi, C., Matesa, M. A., Peker, G., Pratto, R. A., Quiroga, C. E., Rapela, L., Ruiz,

V. R., Sanchez, N., Taglioretti, C. L., Tana, A. M., & Zandstra, I. V. (2012). Adaptación cultural y validación del Dizziness Handicap Inventory: Versión argentina. *Acta Otorrinolaringológica Española, 63*(2), 106-114. https://doi.org/10.1016/j.otorri.2011.09.006

Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs, 32*(2), 223-231. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133

Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine, 306*(11), 639-645. https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104

Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Plain language materials and resources*. Recuperado el 5 de agosto de 2026, de https://www.cdc.gov/health-literacy/php/develop-materials/plain-language.html

Chien, W., & Lin, F. R. (2012). Prevalence of hearing aid use among older adults in the United States. *Archives of Internal Medicine, 172*(3), 292-293. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1408

Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivestein, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI framework. *Dysphagia, 32*(2), 293-314. https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y

Correia, C., Lopez, K. J., Wroblewski, K. E., Huisingh-Scheetz, M., Kern, D. W., Chen, R. C., Schumm, L. P., Dale, W., McClintock, M. K., & Pinto, J. M. (2016). Global sensory impairment in older adults in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society, 64*(2), 306-313. https://doi.org/10.1111/jgs.13955

Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice, 63*(606), e76-e84. https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814

Desiato, V. M., Levy, D. A., Byun, Y. J., Nguyen, S. A., Soler, Z. M., & Schlosser, R. J. (2021). The prevalence of olfactory dysfunction in the general population: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Rhinology & Allergy, 35*(2), 195-205. https://doi.org/10.1177/1945892420946254

Doty, R. L., Shaman, P., Applebaum, S. L., Giberson, R., Siksorski, L., & Rosenberg, L. (1984). Smell identification ability: Changes with age. *Science, 226*(4681), 1441-1443. https://doi.org/10.1126/science.6505700

Ferguson, M. A., Kitterick, P. T., Chong, L. Y., Edmondson-Jones, M., Barker, F., & Hoare, D. J. (2017). Hearing aids for mild to moderate hearing loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017*(9), Artículo CD012023. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012023.pub2

Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., & Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics, 111*(1), 6-14. https://doi.org/10.1542/peds.111.1.6

Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.

Fuller, T., Cima, R., Langguth, B., Mazurek, B., Vlaeyen, J. W. S., & Hoare, D. J. (2020). Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020*(1), Artículo CD012614. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012614.pub2

GBD 2019 Hearing Loss Collaborators. (2021). Hearing loss prevalence and years lived with disability, 1990-2019: Findings from the

Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, 397*(10278), 996-1009. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00516-X

Gigerenzer, G., & Edwards, A. (2003). Simple tools for understanding risks: From innumeracy to insight. *BMJ, 327*(7417), 741-744. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7417.741

Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Why study narrative? *BMJ, 318*(7175), 48-50. https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48

Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 14*(1), 210-247. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296

Han, P. K. J., Klein, W. M. P., & Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: A conceptual taxonomy. *Medical Decision Making, 31*(6), 828-838. https://doi.org/10.1177/0272989X11393976

Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice, 25*(5), 553-558. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013

Haskard Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-

analysis. *Medical Care, 47*(8), 826-834. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

Hastan, D., Fokkens, W. J., Bachert, C., Newson, R. B., Bislimovska, J., Bockelbrink, A., Bousquet, P. J., Brozek, G., Bruno, A., Dahlén, S. E., Forsberg, B., Gunnbjörnsdóttir, M., Kasper, L., Krämer, U., Kowalski, M. L., Lange, B., Lundbäck, B., Salagean, E., Todo-Bom, A., ... Burney, P. (2011). Chronic rhinosinusitis in Europe: An underestimated disease. A GA²LEN study. *Allergy, 66*(9), 1216-1223. https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2011.02646.x

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., & Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine, 360*(5), 491-499. https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119

Hilton, M. P., & Pinder, D. K. (2014). The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014*(12), Artículo CD003162. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003162.pub3

Hummel, T., Rissom, K., Reden, J., Hähner, A., Weidenbecher, M., & Hüttenbrink, K.-B. (2009). Effects of olfactory training in patients with olfactory loss. *The Laryngoscope, 119*(3), 496-499. https://doi.org/10.1002/lary.20101

Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D. J., Padden, C., Rathmann, C., & Smith, S. R. (2012). Language acquisition for deaf children: Reducing the harms of zero tolerance to the use of alternative approaches. *Harm Reduction Journal, 9*, Artículo 16. https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-16

Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press. https://doi.org/10.17226/9728

Joint Committee on Infant Hearing. (2019). Year 2019 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Journal of Early Hearing Detection and Intervention, 4*(2), 1-44. https://doi.org/10.15142/fptk-b748

Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research, 42*(2), 727-754. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x

Kattah, J. C., Talkad, A. V., Wang, D. Z., Hsieh, Y.-H., & Newman-Toker, D. E. (2009). HINTS to diagnose stroke in the acute

vestibular syndrome: Three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke, 40*(11), 3504-3510. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.551234

Kempster, G. B., Gerratt, B. R., Verdolini Abbott, K., Barkmeier-Kraemer, J., & Hillman, R. E. (2009). Consensus auditory-perceptual evaluation of voice: Development of a standardized clinical protocol. *American Journal of Speech-Language Pathology, 18*(2), 124-132. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/08-0017)

Lemiengre, M. B., van Driel, M. L., Merenstein, D., Liira, H., Mäkelä, M., & De Sutter, A. I. M. (2018). Antibiotics for acute rhinosinusitis in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018*(9), Artículo CD006089. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006089.pub5

Lempert, T., Olesen, J., Furman, J., Waterston, J., Seemungal, B., Carey, J., Bisdorff, A., Versino, M., Evers, S., & Newman-Toker, D. (2012). Vestibular migraine: Diagnostic criteria. *Journal of Vestibular Research, 22*(4), 167-172. https://doi.org/10.3233/VES-2012-0453

Lewandowsky, S., Ecker, U. K. H., Seifert, C. M., Schwarz, N., & Cook, J. (2012). Misinformation and its correction: Continued

influence and successful debiasing. *Psychological Science in the Public Interest, 13*(3), 106-131. https://doi.org/10.1177/1529100612451018

Lin, F. R., Pike, J. R., Albert, M. S., Arnold, M., Burgard, S., Chisolm, T., Couper, D., Deal, J. A., Goman, A. M., Glynn, N. W., Gmelin, T., Gravens-Mueller, L., Hayden, K. M., Huang, A. R., Knopman, D., Mitchell, C. M., Mosley, T., Pankow, J. S., Reed, N. S., ... Coresh, J. (2023). Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): A multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet, 402*(10404), 786-797. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01406-X

Lopez-Escamez, J. A., Carey, J., Chung, W.-H., Goebel, J. A., Magnusson, M., Mandalà, M., Newman-Toker, D. E., Strupp, M., Suzuki, M., Trabalzini, F., & Bisdorff, A. (2015). Diagnostic criteria for Menière's disease. *Journal of Vestibular Research, 25*(1), 1-7. https://doi.org/10.3233/VES-150549

Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education, 14*(4), 595-621. https://doi.org/10.1007/s10459-007-9090-2

Marik, P. E., & Kaplan, D. (2003). Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest, 124*(1), 328-336. https://doi.org/10.1378/chest.124.1.328

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099-1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6

McDonnell, M. N., & Hillier, S. L. (2015). Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015*(1), Artículo CD005397. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005397.pub4

Monasta, L., Ronfani, L., Marchetti, F., Montico, M., Vecchi Brumatti, L., Bavcar, A., Grasso, D., Barbiero, C., & Tamburlini, G. (2012). Burden of disease caused by otitis media: Systematic review and global estimates. *PLoS ONE, 7*(4), Artículo e36226. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036226

Newman-Toker, D. E., & Edlow, J. A. (2015). TiTrATE: A novel, evidence-based approach to diagnosing acute dizziness and vertigo. *Neurologic Clinics, 33*(3), 577-599. https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.04.011

Patel, R. R., Awan, S. N., Barkmeier-Kraemer, J., Courey, M., Deliyski, D., Eadie, T., Paul, D., Švec, J. G., & Hillman, R. (2018). Recommended protocols for instrumental assessment of voice:

American Speech-Language-Hearing Association expert panel to develop a protocol for instrumental assessment of vocal function. *American Journal of Speech-Language Pathology, 27*(3), 887-905. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-17-0009

Pichora-Fuller, M. K., Kramer, S. E., Eckert, M. A., Edwards, B., Hornsby, B. W. Y., Humes, L. E., Lemke, U., Lunner, T., Matthen, M., Mackersie, C. L., Naylor, G., Phillips, N. A., Richter, M., Rudner, M., Sommers, M. S., Tremblay, K. L., & Wingfield, A. (2016). Hearing impairment and cognitive energy: The Framework for Understanding Effortful Listening (FUEL). *Ear and Hearing, 37*(Suppl. 1), 5S-27S. https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000312

Pinto, J. M., Wroblewski, K. E., Kern, D. W., Schumm, L. P., & McClintock, M. K. (2014). Olfactory dysfunction predicts 5-year mortality in older adults. *PLoS ONE, 9*(10), Artículo e107541. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107541

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017*(6), Artículo CD000072. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3

Roy, N., Weinrich, B., Gray, S. D., Tanner, K., Stemple, J. C., & Sapienza, C. M. (2003). Three treatments for teachers with voice disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 46*(3), 670-688. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/053)

Santos, D. V., Reiter, E. R., DiNardo, L. J., & Costanzo, R. M. (2004). Hazardous events associated with impaired olfactory function. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 130*(3), 317-319. https://doi.org/10.1001/archotol.130.3.317

Shoemaker, S. J., Wolf, M. S., & Brach, C. (2014). Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): A new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. *Patient Education and Counseling, 96*(3), 395-403. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.027

Shukla, A., Harper, M., Pedersen, E., Goman, A., Suen, J. J., Price, C., Applebaum, J., Hoyer, M., Lin, F. R., & Reed, N. S. (2020). Hearing loss, loneliness, and social isolation: A systematic review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 162*(5), 622-633. https://doi.org/10.1177/0194599820910377

Singh Ospina, N., Phillips, K. A., Rodriguez-Gutierrez, R., Castaneda-Guarderas, A., Gionfriddo, M. R., Branda, M. E., & Montori, V. M. (2019). Eliciting the patient's agenda: Secondary analysis of

recorded clinical encounters. *Journal of General Internal Medicine, 34*(1), 36-40. https://doi.org/10.1007/s11606-018-4540-5

Staab, J. P., Eckhardt-Henn, A., Horii, A., Jacob, R., Strupp, M., Brandt, T., & Bronstein, A. (2017). Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *Journal of Vestibular Research, 27*(4), 191-208. https://doi.org/10.3233/VES-170622

Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017*(4), Artículo CD001431. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5

Chandrasekhar, S. S., Tsai Do, B. S., Schwartz, S. R., Bontempo, L. J., Faucett, E. A., Finestone, S. A., Hollingsworth, D. B., Kelley, D. M., Kmucha, S. T., Moonis, G., Poling, G. L., Roberts, J. K., Stachler, R. J., Zeitler, D. M., Corrigan, M. D., Nnacheta, L. C., & Satterfield, L. (2019). Clinical practice guideline: Sudden hearing loss (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 161*(1_suppl), S1-S45. https://doi.org/10.1177/0194599819859885

Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA, 286*(15), 1897-1902. https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897

Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (s.f.). *Estadísticas de discapacidad.* Recuperado el 5 de agosto de 2026, de https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/

Croy, I., Nordin, S., & Hummel, T. (2014). Olfactory disorders and quality of life: An updated review. *Chemical Senses, 39*(3), 185-194. https://doi.org/10.1093/chemse/bjt072

DasGupta, S., & Charon, R. (2004). Personal illness narratives: Using reflective writing to teach empathy. *Academic Medicine, 79*(4), 351-356. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15044169/

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743-1748. https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743

Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open, 3*(1), Artículo e001570. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: Its impact

on diagnosis and treatment. *Dysphagia, 17*(2), 139-146. https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5

Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., ... Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ, 359*, j4891. https://doi.org/10.1136/bmj.j4891

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine, 27*(10), 1361-1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Fenton, J. J., Fiscella, K., Hoerger, M., Tancredi, D. J., Xing, G., Gramling, R., Mohile, S., Franks, P., Kaesberg, P., Plumb, S., Cipri, C. S., Street, R. L., Shields, C. G., Back, A. L., Butow, P., Walczak, A., Tattersall, M., ...

Kravitz, R. L. (2017). Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer. *JAMA Oncology, 3*(1), 92-100. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.4373

Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine, 9*(2), 100-103. https://doi.org/10.1370/afm.1239

Hall, C. D., Herdman, S. J., Whitney, S. L., Anson, E. R., Carender, W. J., Hoppes, C. W., Cass, S. P., Christy, J. B., Cohen, H. S., Fife, T. D., Furman, J. M., Shepard, N. T., Clendaniel, R. A., Dishman, J. D., Goebel, J. A., Meldrum, D., Ryan, C., Wallace, R. L., & Woodward, N. J. (2022). Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: An updated clinical practice guideline. *Journal of Neurologic Physical Therapy, 46*(2), 118-177. https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000382

Hopkins, C., Gillett, S., Slack, R., Lund, V. J., & Browne, J. P. (2009). Psychometric validity of the 22-item Sinonasal Outcome Test. *Clinical Otolaryngology, 34*(5), 447-454. https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2009.01995.x

Iezzoni, L. I., O'Day, B. L., Killeen, M., & Harker, H. (2004). Communicating about health care: Observations from persons

who are deaf or hard of hearing. *Annals of Internal Medicine, 140*(5), 356-362. https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-5-200403020-00011

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10027

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Censo de Población y Vivienda 2022: Resultados*. Recuperado el 5 de agosto de 2026, de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/

Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M. S., & Newman, C. W. (1997). The Voice Handicap Index (VHI): Development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology, 6*(3), 66-70. https://doi.org/10.1044/1058-0360.0603.66

Jacobson, G. P., & Newman, C. W. (1990). The development of the Dizziness Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 116*(4), 424-427. https://doi.org/10.1001/archotol.1990.01870040046011

Kessels, R. P. C. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine, 96*(5), 219-222. https://doi.org/10.1258/jrsm.96.5.219

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine, 88*(2), 251-258. https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet, 396*(10248), 413-446. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2023a). *Balance disorders.* Recuperado el 5 de agosto de 2026, de https://www.nidcd.nih.gov/health/balance-disorders

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2023b). *Smell disorders.* Recuperado el 5 de agosto de 2026, de https://www.nidcd.nih.gov/health/smell-disorders

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2024). *Quick statistics about hearing, balance, & dizziness.* Recuperado el 5 de agosto de 2026, de

https://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick-statistics-hearing

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2025a). *Tinnitus.* Recuperado el 5 de agosto de 2026, de https://www.nidcd.nih.gov/health/tinnitus

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2025b). *Voice, speech, and language.* Recuperado el 5 de agosto de 2026, de https://www.nidcd.nih.gov/health/voice-speech-and-language

Newman, C. W., Jacobson, G. P., & Spitzer, J. B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 122*(2), 143-148. https://doi.org/10.1001/archotol.1996.01890140029007

Núñez-Batalla, F., Corte-Santos, P., Señaris-González, B., Llorente-Pendás, J. L., Górriz-Gil, C., & Suárez-Nieto, C. (2007). Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI-30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. *Acta Otorrinolaringológica Española, 58*(9), 386-392. https://doi.org/10.1016/S0001-6519(07)74954-3

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre la audición: Resumen ejecutivo* [World report on hearing: Executive summary]. https://cdn.who.int/media/docs/default-

source/documents/health-topics/deafness-and-hearing-loss/world-report-on-hearing/wrh-exec-summary-sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud auditiva*. Recuperado el 5 de agosto de 2026, de https://www.paho.org/es/temas/salud-auditiva

Organización Panamericana de la Salud. (2022a). *Cuidado del oído y la audición integrado y centrado en la persona: Resumen de políticas*. https://www.paho.org/es/documentos/cuidado-oido-audicion-integrado-centrado-persona-resumen-politicas

Organización Panamericana de la Salud. (2022b). *Cuidado del oído y la audición en la atención primaria: Manual de capacitación*. https://www.paho.org/es/documentos/cuidado-oido-audicion-atencion-primaria-manual-capacitacion

Organización Panamericana de la Salud. (2022c). *Retomando los sonidos: Prevención de la hipoacusia y rehabilitación auditiva en las personas mayores*. https://www.paho.org/es/documentos/retomando-sonidos-prevencion-hipoacusia-rehabilitacion-auditiva-personas-mayores

Payne, S. C., McKenna, M., Buckley, J., Colandrea, M., Chow, A., Detwiller, K., Donaldson, A., Dubin, M., Finestone, S., Filip, P., Khalid, A., Peters, A. T., Rosenfeld, R., Akrami, Z., & Dhepyasuwan, N. (2025). Clinical practice guideline: Adult

sinusitis update. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 173*(Suppl. 1), S1-S56. https://doi.org/10.1002/ohn.1344

Rosen, C. A., Lee, A. S., Osborne, J., Zullo, T., & Murry, T. (2004). Development and validation of the Voice Handicap Index-10. *The Laryngoscope, 114*(9), 1549-1556. https://doi.org/10.1097/00005537-200409000-00009

Roy, N., Merrill, R. M., Thibeault, S., Parsa, R. A., Gray, S. D., & Smith, E. M. (2004). Prevalence of voice disorders in teachers and the general population. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 47*(2), 281-293. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/023)

Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine, 163*(1), 83-90. https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83

Shin, J. J., Wilson, M., McKenna, M., Rosenfeld, R., Ammon, K., Crosby, D., Fuchs, J. M., Hensler, J. B., Illing, E. A., Lam, K., Levine, C., Kmucha, S. T., McCoul, E. D., Miller, J., Rodriguez, K., Rowan, N. R., Sedaghat, A. R., Tan, B. K., Roy, E., & Dhepyasuwan, N. (2025). Clinical practice guideline: Surgical management of chronic rhinosinusitis. *Otolaryngology–Head and*

Neck Surgery, 172(Suppl. 2), S1-S47. https://doi.org/10.1002/ohn.1287

Stachler, R. J., Francis, D. O., Schwartz, S. R., Damask, C. C., Digoy, G. P., Krouse, H. J., McCoy, S. J., Ouellette, D. R., Patel, R. R., Reavis, C. C. W., Smith, L. J., Smith, M., Strode, S. W., Woo, P., & Nnacheta, L. C. (2018). Clinical practice guideline: Hoarseness (dysphonia) (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 158*(1_suppl), S1-S42. https://doi.org/10.1177/0194599817751030

Stewart, M. G., Witsell, D. L., Smith, T. L., Weaver, E. M., Yueh, B., & Hannley, M. T. (2004). Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 130*(2), 157-163. https://doi.org/10.1016/j.otohns.2003.09.016

Swanepoel, D. W., & Hall, J. W., III. (2010). A systematic review of telehealth applications in audiology. *Telemedicine and e-Health, 16*(2), 181-200. https://doi.org/10.1089/tmj.2009.0111

Swire-Thompson, B., & Lazer, D. (2020). Public health and online misinformation: Challenges and recommendations. *Annual Review of Public Health, 41*, 433-451. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094127

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, Artículo 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety, 23*(4), 290-298. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862

Titze, I. R., Lemke, J., & Montequin, D. (1997). Populations in the U.S. workforce who rely on voice as a primary tool of trade: A preliminary report. *Journal of Voice, 11*(3), 254-259. https://doi.org/10.1016/S0892-1997(97)80002-1

Titze, I. R., Švec, J. G., & Popolo, P. S. (2003). Vocal dose measures: Quantifying accumulated vibration exposure in vocal fold tissues. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 46*(4), 919-932. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/072)

Tsai Do, B. S., Bush, M. L., Weinreich, H. M., Schwartz, S. R., Anne, S., Adunka, O. F., Bender, K., Bold, K. M., Brenner, M. J., Hashmi, A. Z., Keenan, T. A., Kim, A. H., Moore, D. J., Nieman, C. L., Palmer, C. V., Ross, E. J., Steenerson, K. K., Zhan, K. Y., Reyes,

J., & Dhepyasuwan, N. (2024). Clinical practice guideline: Age-related hearing loss. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 170*(Suppl. 2), S1-S54. https://doi.org/10.1002/ohn.750

Ventry, I. M., & Weinstein, B. E. (1982). The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: A new tool. *Ear and Hearing, 3*(3), 128-134. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7095321/

Wallhagen, M. I. (2010). The stigma of hearing loss. *The Gerontologist, 50*(1), 66-75. https://doi.org/10.1093/geront/gnp107

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine, 283*(6), 516-529. https://doi.org/10.1111/joim.12752

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF.* https://iris.who.int/handle/10665/42407

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services.* https://iris.who.int/items/3e5cd7f4-c676-4303-ae45-a06a5049f804

World Health Organization. (2021a). *World report on hearing.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481

World Health Organization. (2021b). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

World Health Organization. (2026, 3 de marzo). *Deafness and hearing loss.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss

World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & World Bank. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906

World Wide Web Consortium. (2018). *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1.* https://www.w3.org/TR/WCAG21/

Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and Ageing, 34*(6), 614-619. https://doi.org/10.1093/ageing/afi196