

Otitis seromucosa crónica: Implicaciones psicolingüísticas en población escolar. Propuesta de intervención.

A. Biurrun¹, O. Biurrun², B. Villacorta³

Resumen

La otitis seromucosa crónica (OSC), y la pérdida auditiva que conlleva, ha sido asociada con alteraciones en el desarrollo lingüístico infantil. Este estudio examina la percepción fonológica en 18 niños de cuatro años, afectados de OSC evolutiva. La incidencia de alteraciones fonológicas ha sido del 77,8%. Finalmente, desarrollamos una propuesta de intervención con los niños afectados.

Palabras clave: Otitis seromucosa crónica. Implicaciones psicolingüísticas.

Summary

Otitis media with effusion (OME), and its related hearing loss, has been associated with alterations of linguistic infantile development. The present study examines the phonological perception in 18 four year-old children, being affected of long lasting OME. The incidence of phonological alterations has been 77,8%. Finally, we explain a proposal of intervention to deal with the affected children.

Key words: Otitis media with effusion (OME). Psycholinguistic implications.

¹Psicóloga Clínica. Práctica privada

²Especialista en Otorrinolaringología y Foniatría. Servicio ORL, Clínica Tres Torres. Barcelona.

³Fonoaudióloga. Servicio ORL, Clínica Tres Torres. Barcelona.

Correspondencia: Ana Biurrun Unzué

C/ Doctor Huarte, 1-3º B
31003 Pamplona (Navarra)
e-mail: caranagb@terra.es

INTRODUCCIÓN

El niño adquiere la lengua materna a través de la relación y experiencia común vivida con el adulto, primero en el seno de su propia familia y posteriormente a través de las relaciones establecidas con otras personas. El contexto de interacción externa a la familia más importante en el proceso de desarrollo del lenguaje es el medio escolar.

La adquisición del lenguaje, requiere entre otros requisitos, una adecuada audición. La presencia de sorderas severas y profundas produce graves alteraciones en los procesos de adquisición y desarrollo del lenguaje, pudiéndose llegar a la sordomudez en los casos más graves. En niveles de menor gravedad, con niveles de hipoacusia de carácter moderado y fluctuante, como son los casos de otitis seromucosa crónica (OSC), también puede existir una repercusión en la ejecución lingüística del niño de grado variable (1-5).

La OSC se caracteriza por la presencia en el oído medio de líquido no purulento, de producción intraótica y de densidad y viscosidad variable, desde líquida (contenido seroso) a sumamente viscosa (contenido mucoso). El mecanismo fisiopatológico de su génesis implica a la Trompa de Eustaquio, que puede presentar alteraciones bien de tipo primario (inmadurez funcional de la trompa en la infancia) o, más frecuentemente, de tipo secundario a una hipertrofia adenoidea.

La OSC genera una hipoacusia de transmisión de entidad variable, si bien se considera que el "gap" audiométrico presente se ubica en un rango de 0 a 50 dB HL ("decibelios hearing level"), aunque lo más frecuente es su ubicación en el rango de los 10 a 40 dB HL (6). Tal pérdida, sin ser extraordinariamente elevada, puede generar, con una vía ósea normal a 10 dB HL, un umbral auditivo por vía aérea colocado a 50 dB HL. Teniendo en cuenta que una conversación normal se sitúa en un 50-60 dB HL, podemos darnos cuenta de las dificultades que puede tener un niño con otitis seromucosa para recibir con normalidad las conversaciones de su entorno. Estos niños no sólo oyen poco, sino que lo que oyen está distorsionado por las dificultades antes expresadas del oído medio para

cumplir con su función, por ello no discriminan correctamente lo que han escuchado y lo que perciben no tiene un significado claro para ellos.

Una característica importante de la pérdida auditiva generada es su carácter fluctuante, en dependencia directa de la cantidad y cualidad del contenido intraótico, lo que genera apreciaciones discordantes y contradictorias por parte de los padres y/o educadores del niño respecto de su rendimiento auditivo. Es frecuente que la conducta manifestada por el niño en las fases de aumento de la hipoacusia sea atribuida, erróneamente, a desatención o falta de interés. En muchos casos, ante la pérdida de contacto con el contexto verbal del aula, estos niños empiezan a mostrar alteraciones conductuales que generan problemas en la relación con el profesor y/o con los compañeros.

En el presente artículo se analiza la repercusión que tal cuadro clínico tiene en desarrollo fonológico del lenguaje en niños de cuatro años, edad en la que ya está escolarizado. Dicha escolarización tiene cierto efecto homogeneizador que tiende a compensar las diferencias que pudieran darse en el contexto lingüístico de cada una de las familias.

Hemos seleccionado el módulo fonológico por ser el más sensible a las alteraciones de audición y de discriminación producidas por la OSC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

Han participado en este estudio 18 niños de cuatro años, procedentes del subgrupo de pacientes de Otorrinolaringología Pediátrica del Servicio de ORL y Unidad de Foniatría, Logopedia y Audiología de la Clínica Tres Torres de Barcelona.

Criterios de inclusión

- Los niños han de presentar una OSC bilateral de, al menos, un año de evolución. Documentada por medio de exploración otoscópica, con eventual otomicroscopía, más impedanciometría realizadas por un especialista ORL.

- Han de carecer de otros procesos o enferme-

dades que por sí mismos fueran capaces de generar alteraciones del lenguaje.

- Pertenencia a un ambiente sociofamiliar no deficitario, estable y con disposición de los mínimos bienes materiales necesarios para un teórico buen desarrollo.

- Tener entre 48 y 60 meses de edad.

Instrumentos

Para la evaluación fonológica se ha utilizado el PLON (Prueba de Lenguaje Oral Navarra) (7). Se trata de un test de "screening" o despistaje para niños en edad escolar, de 4 a 6 años inclusive. Permite una evaluación rápida del lenguaje de estos niños para su ubicación en el nivel de desarrollo que les corresponde, no sustituye otras labores diagnósticas necesarias sobre aquéllos en los que se hayan detectado alteraciones severas.

Hipótesis de trabajo

La presencia continua o recurrente de alteraciones otológicas debidas a otitis seromucosa crónica (OSC) evolutiva es capaz de generar disturbios en la adquisición del lenguaje infantil en general, y del aspecto fonológico en particular,

en entidad suficiente como para ser detectados mediante un test de uso habitual.

RESULTADOS

En la tabla 1 se representan los 18 casos que han sido objeto de nuestro estudio, de los cuales 10 son niños y 8 niñas.

Tal y como se han considerado en nuestros criterios de selección, todos los casos padecen Otitis Seromucosa Crónica. En todos ellos coexiste, además, con hipertrofia adenoidea. Dos de ellos presentan también, hipertrofia amigdalar.

En la tabla 2 se representan los resultados de la pasación del PLON. Sólo 4 niños están libres de errores en la producción de los fonemas de su edad, el resto (14 niños, el 77,8% de los casos estudiados) presentan algún error que los hace meritorios de la puntuación 0 en fonética. Cabe considerar, al respecto, que el PLON se muestra muy exigente en el apartado de fonología puesto que el valor normal otorgado, 1 punto, sólo se consigue ante la ausencia de errores para los fonemas de la edad correspondiente, puntuándose como 0 ante la sola presencia de un error en dichos fonemas.

Tabla 1
Población estudiada

SEXO (H: Hombre, M: Mujer)	EDAD (meses)	HIPERTROFIA ADENOIDEA	HIPERTROFIA AMIGDALAR	OSC (> de 1 año de evolución)
H	48	SÍ	NO	SÍ
M	50	SÍ	SÍ	SÍ
H	48	SÍ	NO	SÍ
M	57	SÍ	NO	SÍ
M	49	SÍ	NO	SÍ
H	52	SÍ	SÍ	SÍ
H	49	SÍ	NO	SÍ
M	51	SÍ	NO	SÍ
M	49	SÍ	NO	SÍ
M	53	SÍ	NO	SÍ
M	52	SÍ	NO	SÍ
H	49	SÍ	NO	SÍ
H	49	SÍ	NO	SÍ
H	51	SÍ	NO	SÍ
H	49	SÍ	NO	SÍ
H	54	SÍ	NO	SÍ
M	57	SÍ	NO	SÍ
H	50	SÍ	NO	SÍ

Tabla 2
Alteraciones fonológicas. Descripción

Nº DE ORDEN	NOMBRE	EDAD (meses)	ALTERACIONES FONOLÓGICAS DETECTADAS
1	CGJ	48	OMI: DE CO. INICIALES: F, C, L, S. SUSTI: GXr, SXT, LLXY, rXL.
2	CPJ	50	SUSTI: G XK,
3	VHE	48	SUSTI: DXT, BXF, LLXY.
4	EEB	57	SUSTI: rXD.
5	FVC	49	OMI: DE ALGUNAS CO. INICIALES. SUSTI: DXT, G XK, rxL.
6	CGC	52	SUSTI: DXN, G XK, TXK.
7	VLLM	49	SUSTI: G XK, G XB.
8	MFE	51	NO ERRORES.
9	MTA	49	SUSTI: DXL, FXP, FXB, KXB, G XB, rxD.
10	LLSB	53	NO ERRORES.
11	LSM	52	NO ERRORES
12	VVS	49	OMI DE S FINAL. SUSTI: G XK.
13	CGR	49	SUSTI: G XK.
14	OLJ	51	SUSTI: KXP, ZXS.
15	NRA	49	SUSTI: KXT, G XD.
16	GEA	54	SUSTI: SXZ, ZXS, LLXY, SXF.
17	MEL	57	NO ERRORES.
18	AMI	50	SUSTI: DXT, G XK.

En el apartado correspondiente de la tabla 2 quedan reflejadas las alteraciones fonológicas detectadas en cada uno de los casos. Queda patente que los procesos simplificadorios del habla predominantes en dichos niños son los procesos sustitutorios, presentes en los 14 niños que presentan alteraciones fonológicas, mientras que las omisiones sólo se dan en 3 de dichos niños (los casos Nº 1, 5 y 12), afectando a las consonantes iniciales en los casos 1 y 5 y a la /S/ final en el caso 12. La consonante más sustituida es la /G/, que se sustituye en 10 (71,4%) de los 14 casos. En 7 casos se sustituye por la /K/, en 3 por la /B/, en 1 por la /D/ y en 1 por la vibrante simple /r/. La segunda consonante más sustituida es la /D/, hecho que se da en 5 casos (los casos número 3, 5, 6, 9 y 18), siendo sustituida por la /T/ en 3 casos y por la /L/ y la /N/ en un caso cada una de ellas. La vibrante simple /r/ es sustituida en 4 casos (los casos 1, 4, 5, 9), tanto por la /D/, en 2 casos, como por la /L/, en otros 2. La /k/ es

objeto de sustitución en 2 casos (14 y 15), por la /P/ en el caso 14 y por la /T/ en el caso 15.

La /B/ es sustituida por la /F/ en un caso (el Nº 3), la /T/ por la /K/ en otro (el Nº 6), la /K/ por la /B/ en otro (el Nº 10) y la /S/ por la /F/ en el caso Nº 16.

En los casos Nº 14 y 16 se ha evidenciado la presencia de seseo, dándose, además, el caso 16 ceceo y yeísmo. Los mencionados seseo, ceceo y yeísmo los hemos valorado como no relacionados con variantes dialectales del entorno de los niños ya que en ambos casos se dan otros tipos de sustituciones.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar la repercusión de la OSC evolutiva (no corregida en su tiempo y modo adecuado), en el desarrollo del módulo fonológico en escolares de cuatro años. Los resultados han mostrado que la mayoría de

ellos, un 77,8%, presentan errores en la producción de aquellos fonemas correspondientes con su edad. Sin embargo, no hemos hallado un patrón de alteración fonológica común asociado a la citada patología, tal y como lo sugiere la variedad de errores hallados en la ejecución de los niños y detallados en la tabla 2, por lo que no nos es posible definir ningún tipo de alteración fonológica patognomónica de la OSC.

Por otra parte, el hecho de padecer OSC evolutiva tampoco implica necesariamente que el niño tenga que manifestar distorsiones fonológicas, tal y como lo demuestran los cuatro niños de nuestro estudio, el 22,2% de los casos, cuya ejecución no ha presentado errores. Este dato avala el concepto de multifactorialidad en la relación existente entre la OSC y las alteraciones del lenguaje. Desde esta perspectiva, son varios los estudios (8-10) que han evidenciado la existencia de variables mediadoras, como son los factores ambientales en general y la calidad de cuidado y estimulación del ambiente familiar en particular, de manera que si estos son eficientes y de calidad pueden reducir el efecto negativo de la OSC evolutiva en el desarrollo lingüístico infantil. Si por el contrario dichos factores ambientales son perniciosos pueden ejercer un efecto potenciador de los déficits asociados a la OSC.

El lenguaje es una función psicológica básica que permite al niño establecer todo un complejo universo relacional entre su medio interno (emociones, pensamientos, conceptos...) y el medio externo (personas, objetos...) con continuos flujos de acción y relación entre ellos. Debemos tener presente que estos niños al padecer la pérdida auditiva moderada inherente al proceso, experimentan una cierta desconexión del ambiente que les hace mostrar una reducción de la respuesta ante los estímulos lingüísticos externos, ante lo que las otras personas pueden reaccionar a su vez disminuyendo la interacción y limitando los estímulos suministrados (9, 11-13).

Con el fin de reducir al mínimo el impacto de la OSC en el lenguaje del niño consideramos fundamental insistir en la necesidad de que todos los estamentos médicos implicados (pediatras y otorrinolaringólogos, fundamentalmente) se conciencien sobre la importancia de efectuar un abordaje médico-quirúrgico de la OSC dirigido a

su correcto control y tratamiento, sin producir dilaciones en el tiempo que conlleven la aparición de alteraciones en la adquisición y evolución del lenguaje.

Así mismo, planteamos la importancia de que tanto los familiares como los profesores tengan una adecuada información sobre la OSC y sus repercusiones, para que puedan ofrecer al niño un adecuado trato lingüístico y emocional durante el tratamiento.

Es muy importante que proporcionen un ambiente interactivo rico y estimulante, pero también deben ser capaces de entender el carácter fluctuante de la hipoacusia y las consecuencias lingüísticas y relacionales derivadas de ello, ya que cuando no disponen de la adecuada información tienden a interpretar erróneamente la conducta del niño (por ejemplo: "oye bien cuando le interesa", "oye lo que quiere y lo que no quiere no") y a iniciar escaladas conductuales totalmente contraproducentes. Es frecuente que padres y profesores desinformados atribuyan la conducta del niño a la existencia de rasgos oposicionistas o retadores y adopten medidas disciplinarias innecesarias que conllevan un deterioro importante en la relación con el niño. El niño puede ver comprometido su sentido de competencia personal o autoestima y si parte de una situación de vulnerabilidad personal puede desarrollar un cuadro depresivo (14). La presentación clínica de la depresión en niños menores de 6 años puede incluir síntomas como: irritabilidad (rabieta, conducta destructiva), tristeza, aislamiento social, autoestima empobrecida ("soy tonto", "no sé hacerlo"), disminución de la actividad física, rechazo a ir a la escuela, autoagresiones (cabezazos, arañazos, tragarse objetos), síntomas somáticos (dolor de cabeza, dolor de estómago, dermatitis...) (15).

Desde el punto de vista relacional también conviene resaltar la importancia de la interacción del niño con sus compañeros de aula. Para ello, el profesor dentro de los habituales conceptos que se trabajan en el medio escolar de atención y respeto a la diversidad y educación para la salud, tratará de neutralizar posibles reacciones de rechazo o mofa hacia estos niños. En el caso de niños menores de 6 años, con repertorios conductuales y cognitivos todavía poco desarrollados,

conviene trabajar estos aspectos de una forma lúdica y vivencial.

Dada la alta prevalencia de la OSC en población escolar y ante las repercusiones educativas que conlleva, sería de gran importancia que pudieran desarrollarse una serie de estrategias de refuerzo en el aula para ayudar a los niños afectados. A modo de guía, nos permitimos sugerir una serie de pautas de intervención: cuando se habla conviene hacerlo manteniendo la cabeza alta, vocalizando adecuadamente y con una dicción precisa (16), el profesor deberá dirigirse al niño con frases sencillas pero correctas, es muy importante darle el tiempo suficiente para responder, y no corregir excesivamente para evitar la frustración (17). Conviene apoyar el discurso oral con material de tipo gráfico, por ejemplo: si el docente explica un cuento se recomienda poner especial cuidado en ir escribiendo el nombre de los personajes o adjuntar un croquis guía para favorecer la comprensión de lo hablado. En los casos más graves puede ser conveniente, de forma previa a la exposición oral, suministrar al niño la información escrita, o bien representada a través de dibujos, ejemplos, etc. Se recomienda no escribir en la pizarra y hablar a la vez (17), el proyector de transparencias puede permitir al profesor efectuar las explicaciones mirando a los alumnos y que éstos le vean la cara.

En ciertas ocasiones puede ser necesaria la colaboración del tutor con el profesorado de refuerzo para la elaboración de programas de intervención individualizados, aun siendo así todos los profesores deberían trabajar conjuntamente los mismos aspectos de una forma globalizada (17).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Friel-Patti S, Finitzo T.:** Language learning in a prospective study of otitis media with effusion in the first two years of life. *J Speech Hear Res* 1990; 33: 188-194.
2. **Teele DW, Klein JO, Rosner BA.:** The Greater Boston Otitis Media Study Group. Otitis media with effusion during the first three years of life and development of speech and language. *Pediatrics* 1984; 74: 282-7.
3. **Wallace IF, Gravel JS, McCarton CM, Ruben RJ.:** Otitis media and language development at 1 year of age. *J Speech Hear Dis* 1988; 53: 245-51.
4. **Teele DW, Klein JO, Chase C, et al.:** Otitis media in infancy and intellectual ability, school achievement, speech, and language at age 7 years. *J Infect Dis* 1990; 162: 685-94.
5. **Klausen O, Moller P, Holmefjord A, Reisaeter S, Asbjorsen A.:** Lasting effects of otitis media with effusion on language skills and listening performance. *Acta Otolaryngol Suppl* 2000; 543: 73-6.
6. **Biurrun O, Biurrun A, Villacorta B, Andrade M.:** Retardo semántico en niños con otitis serosa crónica. *Anales ORL Iber-Amer*, en prensa.
7. **Paparella.:** *Otología*. Madrid: Editorial Panamericana, 1987.
8. **Aguinaga G, Armentia ML, Fraile A, Olangua P, Uriz N.:** *PLON, Prueba de Lenguaje Oral de Navarra*. Pamplona: Fondo de publicaciones del Gobierno de Navarra, 1989.
9. **Roberts JE, Burchibal M, Medley LP et al.:** Otitis media, hearing sensitivity, and maternal responsiveness in relation to language during infancy. *J Pediatr* 1995; 126: 481-489.
10. **Black MM, Gerson LF, Freeland CAB et al.:** Language screening for infants prone to otitis media. *J Pediatr Psychol* 1988; 13: 423-433.
11. **Forgays D, Hasazi J, Wasserman R.:** Recurrent otitis media and parenting stress in mothers of two year old children. *Dev. Behav Pediatr* 1992; 13: 321-325.
12. **Chase C, Teele DW, Klein JO, Rosner BA.:** Behavioral sequelae of otitis media for infants at one year of age and their mothers. In: Lim DJ, Bluestone CD, Klein JO, Neison JD, eds. *Recent advances in otitis media. Abstracts of the Fifth International Symposium, Fort Lauderdale, Florida, 1991*.
13. **Black MM, Gerson LF.:** Freeland Cab. Language screening for infants prone to otitis media. *J Pediatr Psychol* 1988; 13: 423-433.
14. **Caballo VE, Simón MA.:** *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide, 2001.
15. **Méndez FX.:** *El niño que no sonrío*. Madrid: Pirámide, 2001.
16. **Herren E.:** *Estudio sobre la educación de los niños sordos y adolescentes sordos*. Editorial Médica y Técnica S.A. 1982.
17. **Fernández Mora JA, Villalba Pérez A.:** *Atenció educativa dels alumnes amb necessitats educatives especials derivats d'una deficiència auditiva*. Generalitat de València. Conselleria de Cultura, Educació i Ciència, 1996.