

LENGUAJE

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por los trastornos del lenguaje.

En primer lugar se ofrece una clasificación de los trastornos del lenguaje, ya que previo a la valoración debe partirse de un diagnóstico que incluya el pronóstico esperable en cada caso y especifique las habilidades conservadas y pérdidas en la capacidad de comunicación verbal.

En segundo lugar se establecen las normas sobre como y en que supuestos debe realizarse la valoración de cada trastorno específico. Posteriormente se determinan los criterios para la asignación del grado de discapacidad para la comunicación verbal y su correspondiente porcentaje.

Cuando en un mismo paciente coexistan limitaciones a varios niveles (lenguaje, habla, voz) será necesario el uso simultáneo de varias Tablas para orientar y facilitar la valoración. No obstante, al final solo deberá existir una única valoración de limitación para la comunicación ocasionada por el conjunto de deficiencias que presente un sujeto.

Entre las posibilidades de presentación simultánea puede darse el caso de que coexista una alteración de la articulación con otra de la voz, pudiendo tener un origen común u obedecer a distinta etiología (ejemplo, disfonía postintubación asociada a disartria por traumatismo craneoencefálico). Estos casos quedan mejor definidos siguiendo la tabla de trastornos de la articulación.

En el caso de afasias que se asocien a trastornos de la voz o articulación, el eje de la valoración deberá centrarse en el cuadro afásico.

I. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE - HABLA – VOZ

I.1 Trastornos del desarrollo del lenguaje

I.1.1 Primarios:

- Dislalia funcional
- Retraso del habla (leve, moderado)
- Retraso del lenguaje (leve, moderado)
- Disfasia (receptiva y/o expresiva)

I.1.2 Secundarios a:

- Hipoacusia
- Retraso mental
- Alteración psiquiátrica
- Alteración neurológica (disartria del desarrollo)

- Alteración morfológica (disglosia)

I.2 Trastornos del lenguaje establecido

- Afasias (del adulto o infantiles)
- Hipoacusias postlocutivas
- Asociados a síndromes psiquiátricos
- Asociados a deterioro neuro psicológico (demencias)

I.3 Trastornos que afectan al habla o la voz

- Disfonías
- Disfemias
- Disartrias del adulto

II. NORMAS PARA LA VALORACION DE LA DISCAPACIDAD PRODUCIDA POR LOS TRASTORNOS PRIMARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

II.1 DISLALIA

- En este terreno se presenta una alteración en la emisión de un fonema o grupos de fonemas aislados (ej. : rotacismo).
- Es de carácter leve y pronostico favorable, aunque será conveniente su rehabilitación si se superan edades consideradas limite para la adquisición espontanea y correcta de cada fonema. Por ello, la primera exploración no se hará hasta la edad de cinco años.
- No se considera causa de discapacidad permanente del lenguaje, por lo que una vez confirmado este diagnóstico, “dislalia funcional”, no se precisarán nuevas evaluaciones.

II.2 RETRASO LEVE DEL HABLA

- En este trastorno se observa un ligero retraso en la adquisición o maduración del código fonológico. El patrón de errores del habla muestra una escasa desviación respecto a la normalidad.
- La primera exploración puede hacerse después de los tres o cuatro años de edad, debiéndose confirmar a los seis meses de la misma.
- Suele remitir totalmente entre los seis y siete años. Su pronóstico es favorable y su recuperación, incluso sin intervención terapéutica, es completa, por lo que no se considera que cause discapacidad permanente del lenguaje.

II.3 RETRASO MODERADO DEL HABLA

- En este caso el patrón de errores del habla (fonológico y/o fonéticos) es claramente patológico, estando la evolución ligada al tratamiento rehabilitador.
- La primera exploración puede hacerse después de los tres o cuatro años, debiéndose confirmar a los seis meses de la misma.
- La inteligibilidad del habla estará marcadamente limitada en edades tempranas, pero es un trastorno transitorio.
- En algunos casos, dentro de esta categoría diagnóstica, puede llegarse a una discapacidad leve pero permanente de la capacidad oral, si coexisten otros factores.
- Esta valoración sería provisional, debiéndose revisar hacia los siete años de edad, en las que el niño habrá superado las dificultades más relevantes, pudiendo persistir escasos errores del habla, sin gran repercusión sobre la inteligibilidad o eficiencia funcional de la expresión oral.
- La valoración de las posibles – pero poco probables – secuelas permanentes de un retraso moderado del habla deberá hacerse en forma definitiva a partir de los catorce años.

II.4 RETRASO LEVE DEL LENGUAJE

- El retraso diagnosticado como leve supone un retardo en la adquisición de la habilidad comprensiva o expresiva, teniendo en cuenta la que correspondería por la edad.
- Su pronóstico es bueno y suele haber una resolución íntegra sin secuelas.
- La primera exploración debe hacerse a la edad más temprana posible a fin de instaurar un precoz tratamiento, debiéndose confirmar el diagnóstico a los seis meses de la primera valoración.

II.5 RETRASO MODERADO DEL LENGUAJE

- Son significativos, sistemáticos y patológicos los errores, limitando la capacidad receptiva y/o expresiva. En el caso de estar afectadas las dos vertientes, la limitación en el desarrollo de las habilidades lingüísticas es más acusada e implica una mayor limitación en la comunicación, pudiéndose afectar secundariamente el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño. Para evitar secuelas importantes, debe establecerse un tratamiento temprano.
- Dependiendo del nivel especialmente afectado, se distinguen diferentes sub grupos: fonológico, sintáctico, mixto, semántico - pragmático o léxico - sintáctico.
- La primera exploración deberá hacerse lo antes posible, debiéndose confirmar el diagnóstico a los seis meses de la primera exploración.

- Puede haber remisión total o parcial a los siete años, pero la valoración de las secuelas definitivas deberá hacerse a partir de los catorce.

II.6 DISFASIA

- El término “disfasia”, dentro del marco de los trastornos del desarrollo del lenguaje, designa los retrasos más graves y duraderos que de forma sistemática, por su mala evolución, determinan una limitación permanente en el desarrollo cognitivo y en la capacidad para adquirir y manejar otros códigos lingüísticos (lenguaje lecto - escrito).
- Con referencia a este trastorno, se habla de disfunción en los mecanismos o sistemas cerebrales implicados en la comprensión, elaboración y producción del lenguaje.
- En la disfasia receptivo – expresiva el trastorno primario se asienta en la dificultad para la decodificación del mensaje verbal, que suele acompañarse de un déficit equivalente en la expresión. En la disfasia expresiva, la dificultad estriba en una alteración de los mecanismos implicados en la codificación, encontrándose preservada al menos parcialmente, la comprensión.
- Dependiendo del nivel afectado se pueden distinguir diferentes sub tipos: fonológico – sintáctico mixto, semántico - pragmático o léxico – sintáctico. Aunque no sean exactamente trastornos disfásicos, incluimos aquí por su gravedad extrema la agnosia auditivo – verbal y la apraxia del habla. En el primer caso, el proceso alterado es la decodificación fonológica y en el segundo la programación fonológica y codificación del programa motor que sustenta el habla.
- En muchas ocasiones, el niño disfásico tiene un primer diagnóstico de retraso moderado o grave del lenguaje, retardándose hasta los cinco o siete años la confirmación de disfasia.
- Las secuelas permanentes derivadas de este trastorno deben valorarse a partir de los catorce años.

II.7 AFASIA INFANTIL

- Para definir, diagnosticar o valorar esta patología debemos basarnos en la existencia previa de lenguaje antes de producirse el proceso patológico. Es un trastorno del lenguaje consecutivo a una afección objetiva del SNC y producido en un sujeto que ya había adquirido un cierto nivel de comprensión y expresión verbal.
- La evolución de la afasia en el niño depende de la edad en que aparece: si se inicia entre los dieciocho meses y los tres años, desaparece todo resto del sistema lingüístico. La recuperación es igual a la evolución normal del lenguaje, pero más deprisa. Entre los tres y cuatro años, el desorden afásico

es rápidamente reabsorbido. Entre los cuatro y diez años, el cuadro clínico es propiamente el de la afasia del niño, con

características propias que la diferencian del adulto y sólo desaparece progresivamente. Si se inicia a los diez años, las características son parecidas a las del adulto, teniendo una línea de recuperación semejante.

- La valoración se hará siguiendo los criterios de trastornos del desarrollo del lenguaje hasta la edad de diez años. Si el cuadro se inicia con posterioridad, se aplicarán los criterios de afasia en el adulto.

II – A. NORMAS PARA LA VALORACION DE LOS TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

II-A.1 Secundario a Hipoacusia

La gravedad del trastorno dependerá de los siguientes factores:

- Nivel de pérdida auditiva
- Edad de aparición de la sordera:
Se diferencian tres tipos de sordera dependiendo de la edad de aparición:
 - prelocutivas cuando se inician antes del desarrollo del lenguaje es decir, antes de los dos años de edad.
 - perilocutivas cuando se inician durante el desarrollo del lenguaje, entre los dos o cinco o seis años.
 - poslocutivas serían las sorderas que se inician tras la consolidación del lenguaje, después de los seis años de edad.

Dentro de las prelocutivas debemos a su vez distinguir las congénitas de las adquiridas, ya que observan diferencias en la evolución del deficiente auditivo, según haya o no tenido experiencia auditiva antes de los dos años.

En general, el inicio tardío de la hipoacusia y la existencia de restos auditivos aprovechables durante los primeros años van a marcar diferencias muy importantes en la evolución.

- Diagnóstico precoz y tratamiento instaurado:
El diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento protésico, rehabilitador y educativo adecuados mejoran notablemente el pronóstico. Deberá instaurarse un tratamiento que permita al niño acceder lo más pronto posible a un código lingüístico (oral o gestual) y valorar la posibilidad de aplicar ayudas protésicas convencionales o implantes cocleares.
- Nivel intelectual y existencia de otras deficiencias asociadas.

- Entorno socio - familiar y comunicativo:
 - Debido a la influencia de tantas variables, es imposible considerar de forma global e indiferenciada la valoración de la discapacidad comunicativa asociada a hipoacusias, por lo que se hará individualizadamente.
 - La discapacidad derivada del deficiente desarrollo auditivo deberá combinarse con la originada por la hipoacusia.
 - Aunque la confirmación diagnóstica de la sordera puede ser temprana, la determinación del nivel de pérdida auditiva y el aprovechamiento protésico requiere un tiempo evolutivo. Por ello, antes de los catorce años, las valoraciones serán provisionales. Después de esa edad, podemos considerar que las repercusiones en la expresión oral o escrita de una hipoacusia son definitivas o secuelas estables.

La evolución más frecuente de una sordera profunda *prelocutiva* es hacia una discapacidad del desarrollo del lenguaje expresada en una importante limitación para comprender o expresarse.

La valoración de la discapacidad para la comunicación verbal en sorderas *postlocutivas* del adulto se hará aplicando los criterios descriptos en la **Tabla 2**.

A la discapacidad derivada del deficiente desarrollo lingüístico deberá combinarse la derivada de la hipoacusia.

II-A.2 Secundario a alteración neurológica (encefalopatía): Disartria del desarrollo

- En las encefalopatías pueden presentarse alteraciones motoras, cognitivas o intelectivas, auditivas, etc., pudiendo influir cada una de ellas en el desarrollo del lenguaje. Por ello, la posible asociación de diferentes complicaciones muestra una gran variabilidad de unos pacientes a otros, debiéndose efectuar la valoración de forma individualizada.
- El porcentaje de discapacidad originada por deficiencias del lenguaje se combinará con el derivado de otras deficiencias neurológicas, si las hubiere, siguiendo los criterios descriptos en el capítulo correspondiente a Sistema Nervioso.
- Cuando la encefalopatía afecta exclusivamente a nivel motor, encontraremos un lenguaje disártrico. En el niño la disartria adquiere una mayor relevancia, por ello se usa el término "disartria del desarrollo". En algunos casos y a nivel de lenguaje éste puede ser el único síntoma, pero lo más común es que se asocie a un retraso secundario del desarrollo del lenguaje.

- Si la expresión clínica de la encefalopatía cursa con retraso mental, la valoración se hará de forma global aplicando los criterios expuestos en los capítulos correspondientes.
- En el caso que la valoración se lleve a cabo en un adulto, con sólo *trastorno del habla* secundario a una encefalopatía perinatal, se aplicarán las tablas de valoración de trastornos del habla – articulación (**Tabla 4**).
- Como en el niño es difícil discernir si detrás de un mismo error de articulación se encuentra una lesión neurológica (disartria) o sólo un retraso en la adquisición de habilidades motrices necesarias para producir un sonido, la primera evaluación de la discapacidad por trastorno disártrico se efectuará a partir de los seis años de edad, confirmando el diagnóstico a los seis meses de la misma. Esta primera evaluación será provisional, debiéndose esperar hasta los catorce años para valorar las secuelas permanentes.

II-A.3 Secundario a alteración morfológica: disglosia

- Las disglosias son alteraciones del habla o en su caso del lenguaje, secundarias a alteraciones morfológicas de órganos articulatorios. Teniendo en cuenta las técnicas actuales, la mayoría de los casos mejorarán tras el tratamiento quirúrgico y rehabilitador.
- Cada malformación o deformidad (labio leporino, fisura palatina, fisura submucosa, velo corto, maloclusiones dentarias) determinará una alteración fonética.
- Cuando la patología morfológica es relevante, de inicio pre o perilocutivo y sin un tratamiento correcto, puede haber repercusión a nivel fonológico, uniéndose al trastorno fonético un posible retraso del habla.
- Únicamente en malformaciones graves y no tratadas o cuando se añaden otros factores individuales o sociales, podría afectarse el desarrollo del lenguaje, con repercusiones a nivel sintáctico, semántico o pragmático. En este caso, tendríamos que considerar el trastorno del habla y del lenguaje para la valoración de la discapacidad.
- Para la evaluación en adultos, se aplicarán los criterios descriptos en la **Tabla 4**.
- Como caso particular, en un paciente adulto con disglosia que, de forma altamente improbable (sólo por asociación de factores limitantes), presente limitación en su desarrollo lingüístico, habría que aplicar los criterios de valoración del desarrollo del lenguaje.
- Siempre habría que considerar si se han tomado todas las medidas terapéuticas y rehabilitadoras antes de efectuar una valoración de discapacidad permanente.

III. TRASTORNO DEL LENGUAJE ESCRITO

Se considera que la limitación de la lecto – escritura forma parte del trastorno del lenguaje, pudiendo ser secuela de retrasos en el desarrollo del lenguaje o disfasias. Al considerarse un síntoma dentro de un síndrome, no requerirá valoración específica.

Los trastornos adquiridos del lenguaje escrito suelen acompañar a las afasias y se valoran como trastornos del lenguaje establecido.

III.1 NORMAS PARA LA VALORACION DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE ESTABLECIDO

AFASIAS

- La afasia es un trastorno del lenguaje, como forma de la función simbólica, que puede afectar tanto a la expresión como a la comprensión verbal o gráfica (lecto – escritura). La valoración de la discapacidad lingüística se sustentará en los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicadas para el diagnóstico de la afasia.
- Las áreas básicas sujetas a la valoración de un paciente afásico son: Expresión oral, comprensión oral, comprensión del lenguaje escrito y escritura. La áreas exploradas deberán ser las siguientes:
 - 1 – fluidez
 - 2 – comprensión auditiva
 - 3 – denominación
 - 4 – repetición
 - 5 – habla automatizada
 - 6 – lectura y escrituraA través de esta exploración deberá identificarse la forma clínica de la afasia.
- La valoración sólo se dará como definitiva al año de haberse instaurado el cuadro afásico, salvo en pacientes mayores de 65 años, en los que puede establecerse la discapacidad permanente a los tres meses.
- Todo paciente afectado de una lesión cerebral (traumática, vascular, tumoral, etc.) puede manifestar alteraciones conductuales o alteraciones de las actividades mentales superiores, por lo que deberá ser explorado en este sentido.
- En el caso de trastornos afásicos secundarios a traumatismos craneoencefálicos, procesos vasculares, tumorales, etc., en los que la alteración afásica es el núcleo del problema, será necesario combinar esta discapacidad a otras posibles discapacidades neurológicas, según las normas expuestas en el capítulo Sistema Nervioso.
- Los cuadros afásicos pueden formar parte de un síndrome de deterioro neuropsicológico, en cuyo caso la valoración de la

discapacidad se deberá establecer en base al trastorno del que forma parte. En estos casos, las tablas de valoración de los trastornos afásicos serán sólo orientativas.

Sordera postlocutiva

- Aunque el período sensible para el desarrollo del lenguaje se sitúa en torno a los cinco años, consideraremos que la sordera profunda postlocutiva aparecida antes de los catorce años se valorará como trastorno del desarrollo del lenguaje, como sordera pre o perilocutiva. Por encima de los catorce años, se aplicará la **Tabla 2**.
- La valoración se hará siempre de forma individualizada, ya que cada paciente tiene una propia adaptación a su sordera, teniendo ésta diferente repercusión sobre la capacidad de comunicación.

Trastornos del lenguaje asociados a síndromes psiquiátricos o neuropsicológicos (demencias)

- En estos casos la valoración se hará según los criterios del capítulo “Impedimento en Salud Mental”.

IV. NORMAS PARA LA VALORACION DE LA DISCAPACIDAD POR TRASTORNOS QUE AFECTAN AL HABLA O LA VOZ

DISFONIAS

- Se habla de disfonía cuando únicamente se encuentran alteradas las características acústicas de la voz: intensidad, tono o timbre. La falta total de emisión vocal sonora se denomina afonía. Pueden ser orgánicas, funcionales o psicógenas.
- No serán valorables aquellas disfonías hiperfuncionales aisladas de carácter mecánico por mala técnica vocal.
- Dentro de las disfonías orgánicas las limitaciones más graves son las derivadas de laringectomías totales o parciales. La discapacidad no sólo depende de la lesión, sino de los tratamientos paliativos: erigmofofona, fístulas fonatorias, utilización de medios técnicos paliativos (electrolaringe), que deberán haber sido empleados antes de realizar la valoración de discapacidad permanente. La discapacidad para la comunicación verbal deberá ser combinada con la valoración otorrinolaringológica..
- Entre las disfonías psicógenas merece especial mención la “disfonía espástica”, especialmente resistente al tratamiento. En casos avanzados de la enfermedad el paciente emite las palabras con gran esfuerzo y dificultad y la voz llega a ser muy débil o áfona.
- Una vez considerados estos trastornos como permanentes, habiéndose aplicado las medidas terapéuticas y rehabilitadoras, la

discapacidad que derive se valorará según los criterios especificados en la **Tabla 3**.

Trastornos de la fluidez: Disfemia / tartamudez

- Para considerar que un sujeto padece este trastorno, deberán coexistir tres aspectos junto a la falta de fluidez: Tensión muscular excesiva durante el habla y ritmo respiratorio inadecuado; ansiedad ante ciertas situaciones de comunicación social, y expectativa negativa del sujeto tartamudo ante su habilidad en la dicción. Se suman, pues, factores fisiológicos, psicológicos y situacionales.
- Por tanto, para valorar la tartamudez será preciso atender a varios niveles: fluidez, tensión muscular y actitud ante la comunicación.
- No deberá abordarse la valoración de la discapacidad asociada a la tartamudez antes de los catorce años.
- Previamente a la valoración deberán haberse agotado todas las medidas terapéuticas.
- Dado que la conciencia del trastorno y la valoración negativa de la dicción pueden tener una repercusión negativa (diagnosogenia), deberá consultarse al especialista la posible repercusión negativa de la valoración del trastorno como una discapacidad.
- Si la tartamudez forma parte de enfermedades neurológicas que cursan con disartria o afasia, limitación intelectual o trastorno del desarrollo del lenguaje, la valoración se hará siguiendo los criterios de estos apartados.
- La valoración de la disfemia/tartamudez se hará siguiendo los criterios descritos en la **Tabla 4** (habla – articulación). En el caso de tartamudez muy grave, se asignaría una discapacidad de Grado II B (24 – 35%) de Discapacidad para la C.V.

Disartrias y disglosias del adulto

- Las disartrias son alteraciones del habla debidas a trastornos del control neuromuscular de los mecanismos de expresión del lenguaje. La lesión puede por tanto estar a nivel del Sistema nervioso, Sistema nervioso periférico o en el propio músculo.
- La valoración de la disartria estará ligada al carácter de la lesión neuromuscular que la originó. Así, en lesiones no evolutivas, secuelas de TCE, secuelas de ACVA, etc., podrá hacerse una valoración provisional una vez pasada la fase aguda, pero la valoración definitiva se efectuará tras un año de evolución.
- Sin embargo, las disartrias secundarias a enfermedades neurológicas progresivas o degenerativas (esclerosis múltiple, ELA, Parkinson, etc.), exigen una valoración periódica o tras cada nuevo episodio de reagudización.
- En todos estos casos en que el trastorno del lenguaje sea un síntoma más dentro de un síndrome neurológico, la valoración se hará según lo especificado en el capítulo Sistema Nervioso.

- El tratamiento rehabilitador en las disartrias sólo compensa parcialmente, pudiendo ser suficiente la aplicación del mismo durante seis meses para proceder a la valoración de discapacidad permanente.
- La valoración se hará siguiendo los criterios de la **Tabla 4** (habla – articulación).

DISGLOSIAS

- Son alteraciones en la producción de fonemas por alteración morfológica de los órganos articulatorios y órganos periféricos del habla. Aunque sean previsibles las dificultades fonético articulatorias que deriven de un trastorno anatómico, deben tenerse en cuenta las posibilidades de adaptación funcional de cada paciente, por lo que la valoración se efectuará individualizadamente y no sólo siguiendo la lesión.
- Teniendo en cuenta que las alteraciones del habla en las disglosias están determinadas exclusivamente por la deformidad o ausencia de órganos articulatorios, el tratamiento quirúrgico es casi siempre una solución eficaz. Por ello, para proceder a la valoración deberán haberse agotado las medidas quirúrgicas, protésicas y rehabilitadoras.
- Las disglosias que incidan durante el desarrollo del lenguaje pueden alterar el proceso de adquisición del mismo, por lo que deberán valorarse como trastorno del desarrollo del lenguaje.
- Las disglosias más graves en la actualidad, son las debidas a procesos tumorales que exigen amplias resecciones quirúrgicas. En estos casos esta discapacidad se combinará a las coexistentes propias del proceso tumoral..
- La valoración de la discapacidad secundaria a disglosias se hará siguiendo los criterios expuestos en la **Tabla 4**.

V. CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

La discapacidad para la comunicación verbal en los trastornos del desarrollo del lenguaje debe valorarse conforme a los criterios expuestos en el Capítulo “RETARDOS MENTALES, TRASTORNO DEL DESARROLLO, DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES”.

A continuación se incluyen las Tablas que deben manejarse para la valoración de las restantes discapacidades para la comunicación verbal.

TABLA 1

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL GRADO DE DISCAPACIDAD DE LAS DISFUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN

Clase I < a 25%

Limitación LEVE O MINIMA

- Existe mínimo deterioro observable en el habla, pudiendo presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.
- La dificultad de comprensión es leve para expresión compleja.
- La escritura puede estar deformada pero es legible. El relato escrito puede presentar errores gramaticales.
- Existe dificultad en la comprensión de oración y textos complejos.

Clase II 26 - 40%

Limitación MODERADA

- Pérdida de la fluidez del habla sin limitación significativa de su forma de expresión.
- Puede tener dificultad para encontrar la palabra adecuada, el discurso puede ser impreciso y a la vez la articulación lenta torpe y distorsionada. Se hace difícil la inteligibilidad en ambientes ruidosos.
- La dificultad de comprensión se hacen patentes. Los problemas pueden ser compensados con la ayuda de un interlocutor o diferentes estrategias utilizadas por el paciente.
- La escritura se limita a una o mas frases o consigna una lista extensa (cinco o más) de palabras de significado.
- Muestra dificultad de comprensión en lectura de oraciones simples.

Clase III 41 - 65%

Limitación SEVERA

- La reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil la comunicación. Toda conversación que se aleja de temas familiares o que estén fuera de contexto será imposible de mantener.
- Solo puede emitir palabras aisladas o frases cortas, o la intensidad de la voz es tan débil que apenas lo oye un oyente cercano.
- Lo gráfico apenas es legible y la escritura se limita a palabras mal deletreadas, aisladas sin estructuración de la frase.
- Dificultad para la lectura de palabras aisladas.

Clase IV > 66%

Limitación GRAVE

- Existe fracaso al expresar una idea ya que su lenguaje se ve reducido a palabras mal emitidas pudiendo llegar a ausencia total del habla o produciendo estereotipos verbales.
- La comprensión está muy limitada, reduciéndose a tareas de designación y comprensión de órdenes.

- En casos más graves el paciente es incapaz de realizar ordenes sensible o designar partes del cuerpo, objetos o imágenes.

TABLA 2: GRADOS DE DISCAPACIDAD PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL EN SORDERAS POSTLOCUTIVAS DEL ADULTO

GRADO I – mínima limitación para la recepción – articulación < a 6%

- El paciente es capaz de expresar con claridad y de comprender los mensajes en LA MAYORIA de las situaciones normales de comunicación de cada día con lenguaje oral. El habla puede presentar leves alteraciones en la articulación o en la prosodia, pero no llega a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. Aprovecha la ayuda protésica convencional y puede mantener una conversación con propios y extraños si se tiene en cuenta su problema.

GRADO II – moderada limitación para la recepción – articulación 7 a 14%

- El paciente es capaz de expresar con claridad y comprender los mensajes en MUCHAS de las situaciones normales de comunicación de cada día con el lenguaje oral. El habla puede presentar alteraciones en la articulación y en la prosodia, pero no llega a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. Complementa con lectura labial y otras estrategias de tal manera que es capaz de mantener con esfuerzo una conversación con propios y extraños sobre temas conocidos, siempre que el hablante tenga en cuenta su problema.

GRADO III – severa limitación para la recepción – articulación 15 a 20%

- El paciente puede expresar con claridad y comprender los mensajes en ALGUNAS de las situaciones normales de cada día con lenguaje oral o gestual. El habla presenta alteraciones en la articulación y en la prosodia que dificultan levemente la inteligibilidad.
- Si utiliza implante coclear, le permite mantener una conversación con personas conocidas en ambientes adecuados que tengan en cuenta su limitación.
- Su lenguaje es gestual, puede comunicarse plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades relevantes para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

GRADO IV – grave limitación para la recepción – articulación 21 a 27%

- Puede expresar y comprender los mensajes en POCAS situaciones normales de comunicación de cada día con lenguaje oral o gestual. El habla presenta alteraciones en la articulación y la prosodia que dificultan de forma relevante la inteligibilidad en circunstancias desfavorables.
- Si utiliza un implante coclear, le permite con dificultad, y de forma limitada mantener una conversación con personas conocidas en ambiente adecuado, apoyándose en lectura labial, sobre temas conocidos y siempre que se tenga en cuenta su limitación.
- Si su lenguaje es gestual, puede comunicarse con limitaciones en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades graves para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

GRADO V– muy grave limitación para la recepción – articulación 28 a 35%

- El paciente no es capaz de expresar con claridad y de comprender los mensajes en NINGUNA de las situaciones normales de comunicación de cada día, con lenguaje oral o gestual. No es posible conseguir un mínimo rendimiento del tratamiento protésico y el paciente; si utiliza el gesto en su

comunicación, sólo le sirve para referirse a aspectos concretos estrechamente ligados al contexto en el entorno lingüístico que le es afín.

TABLA 3: GRADOS DE DISCAPACIDAD SECUNDARIOS A TRASTORNOS DE LA VOZ

GRADO I – limitación mínima **< a 6%**

- Ronquera, monotonía, etc., que no limita la eficacia de la emisión vocal para la comunicación.
- Puede que exija esfuerzo

GRADO II – limitación moderada **7 a 14%**

- Fatiga fácil, voz siempre alterada
- Especial dificultad en ambientes ruidosos comunes
- Buena inteligibilidad en ambiente adecuado
- Tiempo de fonación menor de cinco segundos

GRADO III – limitación severa **15 a 20%**

- No puede hacerse oír en ambientes ruidosos
- Puede con dificultad hacerse oír en ambientes normales, cortos períodos de tiempo.
 - La voz erigimofónica u otros métodos técnicos alternativos permiten una emisión eficaz. (hay que tener en cuenta que al paciente laringectomizado que usa erigimofonía u otras técnicas alternativas, habrá que combinar a ésta otras discapacidades que deriven de su deficiencia laríngea y al traqueostoma, según criterios descritos en el capítulo ORL)

GRADO IV - limitación grave **21 a 27%**

- Voz siempre áfona, entrecortada y con esfuerzo
- Tiempo de fonación de uno o dos segundos, que apenas permite emisión incluso áfona de palabras aisladas
- La voz erigimofónica u otros métodos alternativos apenas compensan la limitación, pudiendo sólo emitir palabras aisladas con ruido y esfuerzo

GRADO V – limitación muy grave **28 a 35%**

- No puede emitir ningún sonido articulado sonoro. (Sería el caso de un paciente con largingectomía total que no consigue emisión erigimofónica de monosílabos, y no puede usar electrolaringe por empastamiento y edemas de tejidos cervicales).

TABLA 4: GRADOS DE DISCAPACIDAD SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL HABLA – ARTICULACIÓN

- GRADO I – mínima limitación** **< a 6 %**
- Puede ejecutar la mayoría de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad, aunque le pueda significar cierto esfuerzo o pueda tener dificultades para producir algunas unidades fonéticas o mantener una velocidad eficaz. En ocasiones el oyente puede precisar que el paciente repita.
- GRADO II – limitación moderada** **7 a 14%**
- Puede ejecutar muchos de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad, aunque el habla es casi continuamente débil, imprecisa, lenta o interrumpida de tal manera que se hace difícil la inteligibilidad en los ambientes ruidosos comunes en la vida normal (estaciones, restaurantes, vehículos, etc.). Le entienden propios y extraños en ambientes normales) conversaciones en grupos no numerosos, conversaciones reposadas y en entornos sin ruido excesivo)
- GRADO III – limitación severa** **15 a 20%**
- Puede ejecutar algunos de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad, aunque tienen considerables dificultades para hacerse entender en ambientes ruidosos, se cansa rápidamente y apenas puede mantener una articulación fluida, audible e inteligible por breves períodos de tiempo. Puede conversar con personas conocidas, pero los extraños le entienden con dificultad incluso en ambientes normales.
- GRADO IV – limitación grave** **21 a 27%**
- Puede ejecutar pocos de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad. Sólo puede emitir palabras aisladas o frases cortas, o la intensidad es tan débil que apenas le oye un oyente cercano, o la articulación es tan imprecisa que solamente se le entienden expresiones ligadas al contexto.
- GRADO V – limitación muy grave** **28 a 35%**
- No puede ejecutar ninguno de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad.