

Apraxia del habla

12

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Apraxia del habla. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 290–309. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Apraxia del habla. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 290–309). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario experto en el diagnóstico diferencial, el tratamiento y el seguimiento de la apraxia del habla. Debe contar con formación especializada en control motor, codificación fonológica y estrategias terapéuticas adaptadas, incluida la comunicación aumentativa y alternativa.
- 2 El CLC promueve la investigación para conocer la prevalencia de la apraxia del habla en nuestro territorio, desarrollar instrumentos de evaluación e intervención en catalán, y elaborar conjuntos básicos de categorías CIF para evaluar su impacto funcional y en la calidad de vida.
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario que incluya a médicos neurólogos, fisioterapeutas y otros especialistas, según el caso, con la participación activa de la familia y el uso de tecnologías de apoyo adecuadas para garantizar la mejor atención integral.

¿Qué es?

Definición

La apraxia del habla es un trastorno neurológico motor del habla que afecta a la planificación y programación de los movimientos necesarios para articular sonidos, sílabas y palabras, con ausencia de alteraciones musculares o estructurales que justifiquen la dificultad. Se distinguen dos formas principales: la apraxia del habla adquirida en adultos, que suele presentarse como secuela de un accidente cerebrovascular u otra lesión cerebral, y la apraxia del habla infantil o del desarrollo, que se puede presentar en niños como un trastorno del habla sin causa conocida, como parte de trastornos neurológicos complejos (como autismo o síndromes genéticos) o asociado a daños cerebrales conocidos (como ictus o traumatismos). La apraxia del habla también se ha referido en la literatura clínica como apraxia o dispraxia verbal.

Signos clínicos

Los rasgos destacados de la apraxia del habla que han obtenido un amplio consenso para el diagnóstico diferencial son:

- Distorsiones del fonema y sustituciones o adiciones distorsionadas.
- Errores inconsistentes.
- Reducción de sílabas.
- Errores en la secuencia de movimientos.
- Reducción del ritmo de habla general.
- Segregación de la sílaba con duraciones intra- e intersegmentales amplias y fluidez interrumpida con intentos de autocorrección.
- Dificultad para iniciar secuencias articulatorias que puede ir acompañada de comportamientos audibles o silenciosos que marcan falsos inicios y reinicios.
- Movimientos iniciales de búsqueda o de tentativa de los órganos articulatorios, que conllevan un exceso de gesticulación y un esfuerzo aumentado para articular.
- Alteración de la prosodia a consecuencia de la dificultad para imponer un ritmo natural en el habla, variar la entonación, mantener la duración adecuada de los sonidos y proporcionar el énfasis necesario para determinar el acento léxico y de las frases.

Las características anteriores responden a déficits en la planificación y programación de movimientos para el habla y pueden aumentar ante palabras con una mayor longitud de sílaba y complejidad motora. La evolución de la apraxia del habla depende del diagnóstico específico y del tiempo transcurrido desde la aparición inicial. En algunos casos puede mejorar, mantenerse estable o empeorar. En casos graves, inicialmente la persona no puede hablar.

En el contexto del neurodesarrollo, muchos de estos signos pueden considerarse parte del perfil clínico general, en lugar de manifestaciones

aisladas. También pueden darse problemas sensoriales y motores que se producen conjuntamente. Estos incluyen:

- Retrasos en el desarrollo motor grueso y fino.
- Apraxia oral.
- Apraxia de las extremidades.
- Dificultades de alimentación.
- Percepción orosensorial anormal (hiper- o hiposensibilidad en la zona oral).

Aunque en algunos casos la apraxia del habla puede ser el signo principal, es frecuente que se presente junto con otros trastornos neurocognitivos y lingüísticos, como la apraxia límbica o de extremidades y la afasia. Por este motivo, otros sistemas de comunicación, como el uso de gestos con significado, la escritura, el señalamiento, el dibujo o las respuestas de sí/no, también pueden estar alterados y no ser fiables funcionalmente.

Por su inconsistencia, el habla puede ser funcional en una situación controlada, pero se puede deteriorar notablemente en otros entornos.

Cuando la apraxia del habla se asocia a trastornos del neurodesarrollo, el impacto sobre el desarrollo lingüístico no se limita al componente fonológico. Este trastorno conlleva un riesgo elevado de dificultades en el lenguaje expresivo, el aprendizaje de la lectura y, en los casos más graves, también la comprensión del lenguaje. Este último efecto se debe principalmente a las restricciones en la capacidad de participar en intercambios comunicativos elaborados. Las limitaciones comunicativas pueden tener consecuencias significativas en el ámbito social, psicológico y educativo.

A veces, hay que diferenciar entre apraxia y disfluencia (tartamudez, disfemia), dado que puede haber alguna superposición en los síntomas. Además, de manera similar a los niños sin trastornos motores del habla, los niños sospechosos de tener apraxia infantil del habla pueden pasar por períodos de disfluencia.

La apraxia del habla a menudo aparece en el contexto de otros trastornos neurogénicos de la comunicación como la disartria y la afasia o se presenta de manera similar. La apraxia del habla no implica debilidad muscular, parálisis, espasticidad o movimientos involuntarios típicamente asociados a la disartria o déficits de comprensión del lenguaje o de producción que caracterizan la afasia.

La apraxia del habla está marcada principalmente por déficits articulatorios y prosódicos, a diferencia de la disartria en que otros subsistemas del habla pueden verse afectados, como alteraciones de la resonancia, la fonación o la respiración. A diferencia de la apraxia del habla, la disartria generalmente no está influida por la automaticidad de la producción del habla, la modalidad del estímulo o las variables lingüísticas.

La apraxia del habla implica funciones corporales del habla, de la voz y del sistema respiratorio (b310, b320 y b450) así como funciones neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento (b740 y b765).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
--------	----------

MB4A	Apraxia
------	---------

Causas

La apraxia adquirida del habla está causada por cualquier proceso o trastorno que comprometa las estructuras y vías del cerebro encargadas de planificar y programar los movimientos motores del habla. Las causas más comunes son ictus, traumatismo craneoencefálico, tumores, traumatismos quirúrgicos o enfermedades progresivas.

Ocasionalmente, la apraxia del habla es el primer, el único o el síntoma más destacado en situaciones degenerativas (por ejemplo: degeneración corticobasal o parálisis supranuclear progresiva). En estos casos se utiliza el término apraxia del habla progresiva primaria.

La apraxia infantil del habla puede ser congénita o se puede adquirir durante el desarrollo del habla:

- Como trastorno neurogénico idiopático del sonido del habla (es decir, en niños sin anomalías neurológicas observables ni trastornos o afecciones neuroconductuales).
- Como signos primarios o secundarios dentro de trastornos neuroconductuales complejos (por ejemplo, autismo, epilepsia y síndromes, tales como X frágil, síndrome de Rett y síndrome de Prader-Willi).
- En asociación con eventos neurológicos conocidos (por ejemplo, ictus intrauterino o infantil, infección, trauma, cáncer cerebral o resección tumoral).

Epidemiología

No hay datos fiables sobre la incidencia y prevalencia de la apraxia del habla en adultos debido a trastornos asociados a la coocurrencia común de la apraxia del habla con la afasia y la disartria.

Algunos estudios sugieren que la apraxia del habla aislada (es decir, apraxia del habla en ausencia de disartria o afasia) es muy poco frecuente. Puede ser observada como trastorno primario en un 6,9 % de los casos diagnosticados como trastornos motores del habla. Sin duda, este porcentaje aumentaría drásticamente si los datos incluyeran casos en los que la apraxia del habla es un trastorno secundario de la comunicación.

Las estimaciones de prevalencia de apraxia infantil del habla no son fiables debido a la inconsistencia de las pautas diagnósticas, la falta de herramientas de diagnóstico adecuadamente validadas y el tamaño de muestra pequeño en estudios relevantes.

Los datos epidemiológicos indican que la apraxia infantil del habla está presente en 1 o 2 niños de cada 1.000. Se estima que es más alta en niños que en niñas con una proporción de 2-3:1. Se ha informado

de que los niños con apraxia infantil del habla tienen una probabilidad más alta de trastornos concomitantes del lenguaje, lectura u ortografía.

Prevalencia: 100-200/100.000 niños

Se ha estudiado que la apraxia infantil del habla, o sus características, tienen una mayor prevalencia en varios síndromes como la galactosemia, el síndrome X frágil y el síndrome de delección de 22q11.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia en nuestro país de la apraxia del habla.

Impacto en la vida de la persona

Las personas que presentan apraxia del habla ven afectadas sus relaciones interpersonales cuando el trastorno es lo suficientemente severo para afectar la inteligibilidad del habla y cuando la comunicación se convierte dificultosa o, incluso, imposible. Los niños con dificultades de habla persistentes, como en la apraxia del habla, pueden continuar teniendo problemas en la comunicación oral, la alfabetización y los aspectos sociales de la vida a medida que pasan a la educación postsecundaria y a los entornos laborales. El impacto potencial de la persistencia de las dificultades del habla ponen de manifiesto la necesidad de un soporte continuado para facilitar una transición exitosa a la edad adulta.

En relación con las actividades y la participación, la apraxia del habla incide en actividades de comunicación (d3), de la vida doméstica (d6) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar al trabajo (d840-d859), la vida económica (d860-d879) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detalladas las afectaciones de la apraxia del habla en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para identificar en qué elementos incide la apraxia del habla.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para la comunicación verbal

Esfuerzo leve para articular y mantener una velocidad eficaz. Ocasionalmente, necesita repetir para que se le entienda.

Grado I: moderada limitación para la comunicación verbal

Habla débil, imprecisa y lenta. Inteligibilidad difícil en ambiente ruidoso habitual. Inteligibilidad buena en ambiente adecuado.

Grado II: severa limitación para la comunicación verbal

Habla limitada a palabras aisladas o a frases cortas con poca inteligibilidad.

Grado III: grave limitación para la comunicación verbal

El paciente emite palabras aisladas o frases cortas (dos o tres palabras) con un escaso control del habla y con poca inteligibilidad. Solo es capaz de producir con eficacia expresiones ubicadas en contexto.

Grado IV: limitación total para la comunicación verbal

El paciente no puede comunicarse en ninguna situación cotidiana. No consigue emisiones sonoras. Habla ininteligible.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para realizar el diagnóstico y los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de las apraxias del habla. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del habla, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del habla, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del habla o de otros sistemas alternativos y aumentativos de comunicación.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Los logopedas que diagnostican y tratan la apraxia del habla deben tener habilidades en el diagnóstico diferencial de trastornos motores del habla y trastornos comórbidos del lenguaje, conocimientos especializados en trastornos de codificación fonológica y en teoría del aprendizaje motor y experiencia en técnicas de intervención adecuadas, como pueden ser la comunicación aumentativa y alternativa y las tecnologías de apoyo.

Orientación interdisciplinar

Como en otras alteraciones de la comunicación, la naturaleza y las manifestaciones diversas de la apraxia del habla pueden suponer que, para una mejor atención de la persona afectada, sea necesaria la cooperación de otros profesionales. Entre estos otros profesionales podemos destacar: el fisioterapeuta (si preocupa la motricidad gruesa o el tono muscular general), el médico neurólogo (si el diagnóstico causal es incierto o si se identifican otros signos o síntomas neurológicos) o un médico genetista (si los antecedentes médicos o familiares del niño sugieren la posibilidad

de un trastorno neuroconductual de origen genético, como el síndrome X frágil o el síndrome de Rett), cada uno desde su perspectiva y con los procedimientos que le son propios.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención extrahospitalaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por el pediatra o médico neurólogo. En la derivación deberá aportar información relativa a:

- Resultados de las exploraciones neurofisiológicas con información sobre: pares craneales implicados en el proceso del habla, integridad del velo del paladar, valoración de la vía aérea en relación con la fonación, con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Orientación diagnóstica e hipótesis del impacto en la funcionalidad: sobre todo es necesario identificar la enfermedad de base y la diferenciación entre origen agudo o progresivo.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de la apraxia del habla.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, con especial referencia a las relacionadas con el habla.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto del habla en la calidad de vida, teniendo en cuenta el impacto de las limitaciones en los roles sociales de la persona dentro de su comunidad.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

Hay que tener en cuenta que el diagnóstico de apraxia infantil del habla en niños menores de 3 años es un reto por varios motivos: la presencia

potencial de discapacidades del desarrollo y condiciones comórbidas; la falta de una lista única y validada de características diagnósticas que diferencie las apraxias infantiles del habla de otros tipos de trastornos del sonido del habla infantil; el hecho de que algunas características primarias de la apraxia infantil del habla son características del habla emergente en niños, típicamente en desarrollo de menores de 3 años, las dificultades para disponer de una muestra del habla suficientemente amplia para realizar un diagnóstico definitivo, y, por último, por la posibilidad de que los cambios en el habla que se produzcan durante los primeros 3 años puedan alterar la etiqueta diagnóstica.

La reevaluación periódica de las personas con apraxia del habla es importante tanto en los casos de apraxia adquirida como en la progresiva primaria, ya que, en el primer caso, la recuperación neurológica se puede producir durante varios meses o más y, en el segundo caso, para garantizar que la persona se comunica con niveles máximos de independencia y para planificar adaptaciones comunicativas adicionales que puedan convertirse en necesarias con la progresión de la enfermedad.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La evaluación de la expresión se centra en los aspectos funcionales del habla:

- **Inteligibilidad:** grado en que los oyentes entienden la señal acústica producida por la persona.
- **Comprensibilidad:** grado en que un oyente entiende la persona en función de la señal acústica y otras señales lingüísticas y no lingüísticas.
- **Eficiencia:** la velocidad a la que la persona comunica una pronunciación inteligible o comprensible; fundamental para establecer objetivos funcionales significativos en la planificación del tratamiento.

Planificación del habla motora

La apraxia del habla resulta de una capacidad deteriorada para planificar órdenes que dirigen los movimientos correctos para el habla. La evaluación de la planificación motora del habla incluye la producción de estímulos de diferente complejidad motora: fonemas, sílabas, palabras monosílabas/multisílabas y frases que exigen diferentes demandas al sistema motor del habla.

La evaluación de la planificación motora del habla contrasta los siguientes elementos:

- Distinción oral/nasal.
- Grupos consonánticos al inicio de sílabas versus dentro de sílabas.
- Sílabas y palabras acentuadas versus sílabas y palabras sin acento.
- Discurso automático versus discurso proposicional.
- Imitación versus respuestas autogeneradas.

La evaluación de la planificación motora del habla también examina lo siguiente:

- **Discurso espontáneo:** para evaluar el funcionamiento integrado de todos los subsistemas de habla.
- **Prolongación vocálica:** para examinar la coordinación respiratoria-fonatoria y la calidad vocal.
- **Tareas diadococinéticas:** para medir la repetición de sonidos específicos en un período de tiempo determinado. Estos son:
 - **Movimientos alternos rápidos:** para evaluar la velocidad y la regularidad del movimiento de los articuladores (por ejemplo, /papapa/).
 - **Movimientos secuenciales rápidos:** para evaluar la capacidad de moverse rápida y secuencialmente de una posición articulatoria a otra, un deterioro particularmente característico de la apraxia del habla (por ejemplo, /pataka/).
- **Evaluaciones acústicas y fisiológicas:** utilizando procedimientos instrumentales y perceptivos para cuantificar las anomalías en el tiempo de inicio de la voz, el ritmo, la prosodia y la entonación, la articulación y la variabilidad de ensayo a ensayo.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar la apraxia del habla con la *Escala Barcelona para la apraxia bucofonatoria* publicada por Montagut en 2025, una escala útil para evaluar cuantitativamente la apraxia bucofonatoria en diferentes enfermedades neurodegenerativas.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de la apraxia del habla.

299

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de la apraxia del habla en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de estos aspectos.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de barreras contextuales y facilitadores.

- **Facilitadores:** algunos ejemplos son la capacidad y la voluntad de utilizar sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) de baja y alta tecnología, el soporte familiar y la motivación para volver al nivel de función anterior.
- **Barreras:** son ejemplos de barreras la reducción de la confianza en la comunicación verbal, los déficits cognitivos y las deficiencias visuales y motoras.

La identificación de dichas barreras y facilitadores ayuda al logopeda a determinar el potencial de uso efectivo de técnicas y estrategias compensatorias, incluido el uso de SAAC. Utilizando los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340) y el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125).

En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de estos aspectos. El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes con apraxia del habla susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo de la intervención es ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de función independiente para la participación en la vida diaria. La intervención está diseñada para:

- Utilizar los puntos fuertes y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones que afectan a la comunicación.
- Facilitar las actividades y la participación de la persona para desarrollar nuevas habilidades y estrategias.
- Eliminar barreras y potenciar habilidades que aumenten la comunicación y la participación exitosas.

Para las personas con apraxia del habla, los objetivos del tratamiento se centran en facilitar la eficiencia, la eficacia y la naturalidad de la comunicación mediante:

- La mejora de la producción y la inteligibilidad del habla.
- El uso de comunicación aumentativa y alternativa, tales como gestos, signos manuales, dispositivos electrónicos de salida de voz y paneles de comunicación cuando sea necesario.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ser agentes de salud pública y participar activamente en la promoción de hábitos y actividades que fomenten la prevención de las enfermedades que causan la apraxia. Su testimonio puede servir para la concienciación de ciudadanos ante la salud vascular y la accidentalidad. Los profesionales de la atención primaria deben poder contar con el apoyo de los logopedas en sus campañas de salud pública y deben tener presente la figura de los logopedas en sus derivaciones especializadas.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Entendemos que, de manera general, los pacientes con apraxia del habla deben recibir atención logopédica de manera inmediata para aprovechar el tiempo de recuperación espontánea y aclarar las dudas diagnósticas. Asimismo, entendemos que el conjunto del tratamiento seguirá los principios del aprendizaje motor que se requiere en un tratamiento intensivo, con un gran número de repeticiones de movimientos de habla o no hablados y con el modo de proporcionar retroalimentación durante las sesiones de tratamiento.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica en las siguientes intervenciones de la apraxia del habla.

Perspectiva artrocinética

Estas tareas se basan en principios de programación motora:

- Proporcionar una práctica frecuente e intensiva de los objetivos del habla.
- Centrarse en el movimiento preciso del habla.
- Incluir aportaciones sensoriales externas para la producción del habla (por ejemplo: señales auditivas, visuales, táctiles y cognitivas).
- Tener en cuenta la organización de los ejercicios de forma aleatoria o de repeticiones en bloque.
- Gestionar el momento y canal de retroalimentación del rendimiento.

Perspectiva sensorial

Muchos tratamientos para la apraxia del habla incorporan la entrada sensorial (por ejemplo: señales visuales, auditivas, propioceptivas y táctiles) para enseñar las secuencias de movimiento del habla. Las indicaciones sensoriales se pueden utilizar por separado o combinadas. Estas indicaciones externas pueden facilitar la producción del habla proporcionando retroalimentación adicional a la persona si no puede beneficiarse o no recibe suficiente retroalimentación sensorial intrínseca.

Perspectiva lingüística

Los métodos lingüísticos para el tratamiento de la apraxia del habla enfatizan los componentes lingüísticos y fonológicos del habla, así como la comunicación flexible y funcional. Estos modelos se centran en la función del habla. Se enfocan en adquirir la articulación correcta de los sonidos del habla y grupos de sonidos con patrones de error similares en un esfuerzo por ayudar al paciente a interiorizar las reglas fonológicas. Es importante tener en cuenta que las perspectivas lingüísticas para las apraxias del habla están pensadas como un complemento de los planteamientos de trabajo motor, no los sustituyen.

Algunos ejemplos de modelos centrados en el hecho lingüístico son los siguientes:

- El método de los ciclos de Hodson es un planteamiento lingüístico dirigido a los errores de patrones fonológicos. Está diseñado para niños con habla altamente ininteligible y que realizan omisiones extensas, algunas sustituciones y un uso restringido de consonantes. El objetivo es aumentar la inteligibilidad en un corto período de tiempo. El tratamiento se programa en ciclos que oscilan entre 5 y 16 semanas. Durante cada ciclo, el logopeda trabaja uno o más patrones fonológicos. Una vez finalizado cada ciclo, comienza otro ciclo dirigido a uno o más patrones fonológicos diferentes. El reciclaje de patrones fonológicos continúa hasta que los patrones dirigidos están presentes en el habla espontánea del niño. El objetivo es aproximar el proceso gradual de desarrollo fonológico típico. No hay un nivel predeterminado de dominio

de los fonemas o patrones de fonemas dentro de cada ciclo; los ciclos se utilizan para estimular la aparición de un sonido o patrón específico, no para producir el dominio.

- La conciencia fonológica integrada está diseñada para facilitar simultáneamente la conciencia fonológica, el conocimiento de las letras y el sonido y la producción del habla en niños con dificultades del habla y del lenguaje. Los planteamientos específicos para facilitar el desarrollo de la conciencia fonológica incluyen (a) desarrollar conocimientos que influyan positivamente en el desarrollo de la conciencia fonológica (por ejemplo: enseñar rimas infantiles y centrarse en las propiedades sonoras del lenguaje hablado) y (b) integrar actividades de conciencia fonológica en sesiones de tratamiento (por ejemplo: conciencia del fonema y actividades de juego de letras).

Los métodos dirigidos a mejorar la producción y la inteligibilidad del habla se centran en restablecer los programas motores y mejorar la capacidad de seleccionarlos y activarlos y mejorar su efectividad en situaciones específicas. Estos planteamientos de tratamiento incluyen enfoques artrocinéticos, señales sensoriales, control de velocidad y ritmo y diversas combinaciones de estos.

Los métodos que han aportado evidencia científica, como encontramos en Murray et al., en el caso de la apraxia del habla infantil son:

- *Rapid Syllabic Transitions* (ReST): adecuado para niños mayores y con trastornos leves. Recursos disponibles en ReST Sydney.
- *Integrated Phonological Awareness Intervention* (IPA): dirigido a niños mayores y con trastornos leves. Manual de intervención disponible en la Universidad de Canterbury.
- *Nuffield Dyspraxia Program 3* (NDP3): adecuado para niños pequeños y con trastornos graves. Información y formación disponible en NDP3.
- *Dynamic Temporal and Tactile Cueing* (DTTC): ideal para niños pequeños y con trastornos graves. Recursos y tutoriales disponibles en *Tratamiento de la apraxia infantil*.
- Biorretroalimentación por ultrasonidos: recomendado para niños en edad escolar. Limitado por el coste del equipo necesario. Información en el *Laboratorio de Producción del Habla* de la Universidad de Siracusa.

303

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención logopédica en la apraxia del habla.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Entendemos que el uso del habla y la conversación cotidiana ejercen la función de mantenimiento de los progresos logrados en el tratamiento logopédico. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar, si fuera necesario, algunos de los ejercicios que los logopedas recomiendan y

realizar una actividad sistemática para evitar la pérdida de la eficacia comunicativa.

El CLC aconseja a estudiantes, investigadores y profesionales clínicos que realicen estudios sobre la intervención de mantenimientos en la apraxia del habla.

Intervenciones en el entorno

Los logopedas ofrecen pautas de comunicación en el ámbito familiar y un estudio de adaptación del entorno domiciliario del paciente. Las barreras para una comunicación y participación exitosas se pueden minimizar para las personas con apraxia del habla:

- Modificando el entorno (por ejemplo: reducir el ruido de fondo, mantener el contacto visual y disminuir la distancia entre el emisor y el oyente).
- Informando a los interlocutores sobre las necesidades de comunicación de la persona y su método de comunicación preferido.
- Animando a la persona a utilizar estrategias para compensar las dificultades en la comunicación (por ejemplo: repetir, reformular, utilizar gestos y, entre otros, escribir).

Se debe intervenir en las barreras y los facilitadores ambientales mencionados en la evaluación.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Equipamiento

Los logopedas que intervienen con personas afectadas de apraxia del habla deben disponer, además del equipamiento habitual en las consultas logopédicas, de equipos de comunicación aumentativa y alternativa para su presentación y aprendizaje. La evolución de las tecnologías de la comunicación exige al profesional una actualización constante en el uso de estas tecnologías.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se deberá realizar una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial e informar del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La inteligibilidad del habla de la persona no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud, seguridad ni independencia de la persona.
- La producción del habla de la persona es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta se pueden dar unas recomendaciones al paciente y a sus familiares con el fin de optimizar la intervención y, en caso de que se considere adecuado, se recomendará material y pautas para continuar trabajando en el domicilio y de comunicación en el ámbito familiar.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b3 Funciones de la voz y el habla	b 310 Funciones de la voz b 320 Funciones de la articulación
b4 Funciones del sistema respiratorio	b 450 Funciones respiratorias adicionales
b7 Funciones neuromusculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento	b 740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular b 765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d3 Comunicación	d330 Hablar d335 Producción de mensajes no verbales d350 Conversar d355 Discusión d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación
d6 Vida doméstica	d650-d669 Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los otros d660 Ayudar a los otros
d7 Interacciones y relaciones interpersonales generales	d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas d730-d779 Interacciones interpersonales particulares, no especificadas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específicas d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas

306

Apraxia del habla

d8 Áreas principales de la vida	d840-d859 Trabajo y empleo
	d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo)
	d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo
	d850 Trabajo remunerado
	d855 Trabajo no remunerado
	d859 Trabajo y empleo, especificado y no especificado
	d860-d879 Vida económica
	d860 Transacciones económicas básicas
	d865 Transacciones económicas complejas
	d870 Autosuficiencia económica
	d879 Vida económica, especificada y no especificada
	d898 Áreas principales de la vida, otras especificadas
	d899 Áreas principales de la vida, no especificadas
d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910 Vida comunitaria
	d920 Tiempo libre y ocio
	d930 Religión y espiritualidad
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	e125 Productos y tecnología para la comunicación
e3 Apoyo y relaciones	e310 Familiares cercanos
	e315 Otros familiares
	e340 Cuidadores y personal de ayuda

Bibliografía

- Allison KM, Cordella C, Iuzzini-Seigel J, Green JR. Differential diagnosis of apraxia of speech in children and adults: A scoping review. *J Speech Lang Hear Res.* 2020;63(9):2952-2994. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00061
- Duffy JR. *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management.* Mosby. 2013.
- Duffy JR, Utianski RL, Josephs KA. Primary progressive apraxia of speech: From recognition to diagnosis and care. *Aphasiology.* 2020;35(4): 560-591. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1787732>
- Haley KL, Jacks A, Richardson JD, Wambaugh JL. Perceptually salient sound distortions and apraxia of speech: A performance continuum. *Am J Speech Lang Pathol.* 2017;26(2S):631-640. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-16-0103
- McNeill BC, Gillon GT, Dodd B. Effectiveness of an integrated phonological awareness approach for children with childhood apraxia of speech (CAS). *Child Language and Teaching Therapy.* 2009;25(3): 341-366.

- Murray E, McCabe P, Ballard KJ. A systematic review of treatment outcomes for children with childhood apraxia of speech. *Am J Speech Lang Pathol* [Internet]. 2014;23(3):486-504. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1044/2014_AJSLP-13-0035
- Montagut N, Borrego-Écija S, Herrero J, Lladó A, Balasa M, Muñoz E, et al. Escala Barcelona para la apraxia bucofonatoria: instrumento de evaluación cuantitativo. *Neurología*. 2022;40(1):48-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2022.09.003>
- Munasinghe TU, Ariyasena ADK, Siriwardhana DD. Speech Therapy Interventions for Acquired Apraxia of Speech: An Updated Systematic Review. *Am J Speech Lang Pathol*. 2023;32(3): 1336-1359. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00236
- Prezas RF, Hodson BW. The cycles phonological remediation approach. A AL Williams, S McLeod, RJ McCauley (Eds.), *Interventions for speech sound disorders in children*. Baltimore, MD: Brookes. 2010: 137-158.
- Schor A, Aichert I, Ziegler W. A motor learning perspective on phonetic syllable kinships: How training effects transfer from learned to new syllables in severe apraxia of speech. *Aphasiology*. 2012;26(7): 880-894. <https://doi.org/10.1080/002687038.2012.660458>
- Shriberg LD, Strand EA, Fourakis M, Jakielski KJ, Hall SD, Karlsson HB, Wilson DL, et al. A diagnostic marker to discriminate childhood apraxia of speech from speech delay: I. Development and description of the pause marker. *J Speech Lang Hear Res*. 2017;60(4): S1096-S1117. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-15-0296
- Wambaugh JL, Nessler C, Wright S, Mauszycki S, DeLong C. Sound production treatment for acquired apraxia of speech: Effects of blocked and random practice on multisyllabic word production. *Int. J. Speech-Lang. Pathol*. 2016;18(5):450-464. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1101161>
- Wasserman T, Wasserman LD. Childhood Apraxia of Speech. *Apraxia: The Neural Network Model*. Springer. 2023:97-110.

