

Apraxia infantil del habla – childhood apraxia of speech

Authored by
memjavad

November 15, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *Apraxia infantil del habla – childhood apraxia of speech*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=4477>

Apraxia del Habla Infantil (AHI)

Primary Disciplinary Field(s): Logopedia (Fonoaudiología), Neurología Pediátrica, Lingüística Clínica.

1. Definición y Naturaleza Esencial

La Apraxia del Habla Infantil (AHI), conocida internacionalmente como Childhood Apraxia of Speech (CAS), es un trastorno neurológico del habla que afecta la precisión y la consistencia de los movimientos necesarios para producir los sonidos del lenguaje. A diferencia de los trastornos del habla que resultan de debilidad muscular (disartria) o de dificultades para comprender las reglas fonológicas del lenguaje (trastornos fonológicos), la AHI se define primariamente como un déficit en la planificación o programación de las secuencias motoras para el habla. El niño sabe lo que quiere decir, pero su cerebro tiene dificultades para enviar las señales motoras correctas y coordinadas a los músculos del habla (labios, lengua, mandíbula, velo del paladar).

La naturaleza esencial de la AHI radica en la interrupción de la compleja cadena que transforma la intención lingüística en un acto motor audible. Este proceso requiere una planificación temporal y espacial extremadamente precisa; el sistema nervioso central debe determinar la secuencia exacta de movimientos articulatorios, la velocidad de transición entre fonemas (coarticulación) y la fuerza necesaria para cada movimiento. Cuando esta programación falla, la producción del habla se vuelve inestable, caracterizada por errores inconsistentes y una notable dificultad en la secuenciación de sílabas y palabras largas. Es crucial entender que la AHI no es un trastorno del lenguaje en sí mismo, sino un trastorno de la ejecución motora del habla, aunque a menudo coexiste con dificultades en el desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo.

La [American Speech-Language-Hearing Association \(ASHA\)](#) ha establecido que la AHI es un diagnóstico de exclusión, basándose en un conjunto de características centrales que deben ser identificadas por un patólogo del habla y lenguaje (PHL o logopeda). Aunque su etiología es frecuentemente idiopática (sin causa neurológica evidente), el consenso académico sostiene que subyace una disfunción en las áreas cerebrales responsables de la planificación motora del habla. La severidad de la apraxia es altamente variable, oscilando desde formas leves que solo afectan la claridad del habla en secuencias complejas, hasta formas graves donde la comunicación verbal funcional es casi imposible, lo que subraya la necesidad de una intervención temprana e intensiva.

2. Distinción de Otros Trastornos del Habla

La identificación precisa de la AHI requiere una cuidadosa diferenciación de otros trastornos del habla, particularmente los trastornos fonológicos y la disartria. La distinción es vital, ya que los enfoques terapéuticos para la AHI, basados en principios de aprendizaje motor, son fundamentalmente diferentes de aquellos utilizados para los trastornos fonológicos, que se

centran en el conocimiento y uso de las reglas del sistema de sonidos del lenguaje. Mientras que un niño con un trastorno fonológico tiende a cometer errores sistemáticos y predecibles (por ejemplo, omitir siempre el sonido inicial de las palabras), el niño con AHI exhibe una inconsistencia llamativa en la producción de la misma palabra o fonema en diferentes momentos o contextos.

Por otro lado, la disartria infantil implica debilidad, lentitud o incoordinación de los músculos del habla debido a un daño neurológico conocido (como parálisis cerebral). La disartria afecta la ejecución motora final, involucrando aspectos como la respiración, la fonación y la resonancia, resultando en un habla que puede ser arrastrada o nasal. En contraste, la AHI no se asocia con debilidad muscular observable ni con patrones consistentes de distorsión debido a un control motor deficiente. El niño con AHI puede realizar movimientos no verbales de la boca (comer, sonreír) de manera normal, pero falla al intentar producir secuencias de habla voluntarias y complejas, lo que refuerza la idea de un fallo en la programación motora superior.

La clave diagnóstica para la diferenciación reside en la evaluación de la prosodia y la transición. Los niños con AHI a menudo presentan disprosodia, caracterizada por un habla monótona, acentuación incorrecta dentro de las palabras o frases, y pausas inapropiadas, lo que refleja la dificultad para controlar los parámetros de tiempo y ritmo del habla. Además, la dificultad para realizar transiciones suaves entre sonidos y sílabas (coarticulación) es un sello distintivo de la apraxia, lo que no se observa típicamente en los trastornos fonológicos puros. Esta dificultad en la transición lleva a intentos de articulación lentos y laboriosos, conocidos como "búsqueda articulatoria" o errores de ensayo y error.

3. Bases Neurológicas e Hipótesis Etiológicas

Aunque la AHI se clasifica como un trastorno neurológico del habla, en la mayoría de los casos (AHI idiopática), no se identifica una lesión cerebral específica o una etiología genética única. Las hipótesis etiológicas sugieren una disfunción en las redes neuronales responsables del planeamiento motor del habla, particularmente aquellas que involucran la corteza premotora, el área de Broca, las vías cortico-subcorticales y el cerebelo. Estas áreas son fundamentales para secuenciar y temporalizar los comandos motores antes de que sean ejecutados por las neuronas motoras inferiores. La investigación actual, utilizando técnicas de neuroimagen, busca identificar sutiles diferencias estructurales o funcionales en estas regiones en niños con AHI.

Existe, sin embargo, una minoría de casos de AHI adquirida o secundaria, donde el trastorno es el resultado de un evento neurológico identificable, como un accidente cerebrovascular (ACV), un traumatismo craneoencefálico, o trastornos genéticos complejos. Estos casos con etiología conocida proporcionan información valiosa sobre las áreas cerebrales críticas para la planificación del habla. Independientemente de si la causa es conocida o idiopática, el resultado funcional es el

mismo: un fallo en la capacidad de traducir los códigos lingüísticos en comandos de movimiento precisos y fluidos, lo que sugiere una vulnerabilidad compartida en los circuitos de programación motora del habla durante el desarrollo.

Una de las teorías más influyentes se centra en un déficit en la representación interna de los "gestos articulatorios" o los "programas motores". Se postula que los niños con AHI no logran automatizar estas representaciones motoras, obligándolos a recurrir a una planificación consciente y laboriosa para cada emisión de habla. Esta falta de automatización explica la inconsistencia de los errores y la dificultad con la velocidad y la fluidez. La investigación en genética también ha avanzado, identificando posibles vínculos con genes específicos (como el gen FOXP2, aunque este está más fuertemente asociado con la apraxia verbal en general y trastornos del desarrollo del lenguaje), lo que sugiere que la predisposición genética puede interactuar con factores ambientales o de desarrollo para manifestar el trastorno.

4. Características Clínicas y Patrones de Error

Las características clínicas de la AHI son heterogéneas, pero la comunidad clínica ha convergido en tres características diagnósticas primarias que, cuando se presentan juntas, son altamente indicativas del trastorno. La primera es la **inconsistencia de los errores** en las consonantes y vocales al repetir la misma palabra o sílaba. Por ejemplo, un niño puede producir "gato" como /tato/ en un intento, y luego como /kato/ en el siguiente, y quizás /gato/ en un tercero. Esta variabilidad refleja la dificultad para recuperar consistentemente el programa motor correcto. Esta inconsistencia aumenta con la longitud y complejidad de la emisión.

La segunda característica central es la **dificultad con las transiciones coarticulatorias** entre sonidos y sílabas. Esta dificultad se manifiesta en el alargamiento, la repetición o la interrupción de los sonidos, y una tendencia a simplificar los movimientos articulatorios complejos. La coarticulación es el proceso mediante el cual los sonidos del habla se superponen; la incapacidad de lograr transiciones suaves obliga al niño a hablar más despacio, segmentando las sílabas como si fueran unidades separadas. Esta característica es a menudo la más evidente en el habla conectada y contribuye significativamente a la inteligibilidad reducida.

Finalmente, la tercera característica definitoria es la **disprosodia**, o errores en el uso de la prosodia (acento, ritmo y entonación). Los niños con AHI suelen presentar un habla plana o robótica, con acentuación silábica igualada o inapropiada. Por ejemplo, pueden acentuar una sílaba átona en lugar de la tónica (por ejemplo, acentuar la primera sílaba de "teléfono"). Esta disprosodia refleja el fallo en la programación de los parámetros suprasegmentales del habla, que son esenciales para la comunicación natural y efectiva. Aunque otras características, como un repertorio limitado de vocales o errores de voz, pueden estar presentes, estas tres características centrales son la base para el diagnóstico diferencial.

5. Diagnóstico Diferencial y Evaluación

El diagnóstico de la AHI es un desafío complejo que debe ser realizado por un PHL con experiencia específica en trastornos motores del habla. No existe una única prueba estandarizada que diagnostique la AHI; el diagnóstico se basa en una evaluación integral que incluye la observación de las tres características centrales mencionadas, así como la exclusión de otros trastornos. El proceso de evaluación típicamente incluye pruebas de articulación, pruebas de repetición de secuencias de sílabas sin sentido (diadococinesia), evaluación del control motor oral no verbal, y un análisis detallado de la calidad prosódica y la inconsistencia de los errores en múltiples contextos de habla.

Una herramienta esencial en la evaluación es la prueba de repetición de movimientos rápidos alternantes (diadococinesia), donde se pide al niño que repita sílabas como /pa-ta-ka/ tan rápido y consistentemente como sea posible. Los niños con AHI muestran una marcada dificultad para mantener la velocidad, la precisión y la secuencia correcta de estos movimientos complejos, a menudo sustituyendo o distorsionando los fonemas. Además, el PHL debe realizar una extensa muestra de habla para analizar la variabilidad de los errores y la presencia de "tentativas de búsqueda" (intentos visibles y audibles de encontrar la posición articulatoria correcta).

El diagnóstico temprano, aunque difícil antes de los tres años de edad debido a la superposición de síntomas con el desarrollo típico tardío, es crucial. Un diagnóstico tardío puede llevar a años de frustración comunicativa y a la adopción de estrategias compensatorias ineficaces. Por ello, la evaluación no solo se centra en el habla, sino también en las habilidades de lenguaje expresivo, la conciencia fonológica y las habilidades motoras finas y gruesas, dado que la AHI a menudo se presenta en comorbilidad con otros desafíos del desarrollo. La evaluación culmina en un informe que diferencia la AHI de los trastornos fonológicos, la disartria, y el retraso simple del habla.

6. Principios del Tratamiento Terapéutico

El tratamiento de la AHI difiere sustancialmente de la terapia tradicional de articulación. Dado que la AHI es un trastorno de la planificación motora, la intervención debe basarse en principios de [aprendizaje motor](#). El objetivo principal no es solo enseñar un sonido, sino automatizar el programa motor necesario para producir ese sonido consistentemente y en secuencia con otros. Esto requiere una práctica intensiva, frecuente y altamente estructurada, que se centra en cómo se mueven los articuladores, no solo en qué sonido se produce.

Los enfoques terapéuticos más efectivos son aquellos que enfatizan la repetición de alta frecuencia, la retroalimentación multisensorial y la progresión sistemática de la complejidad. Los métodos específicos incluyen el Tratamiento de Transición de Objetivos Dinámicos para la Apraxia del Habla (DTTC), que utiliza la imitación con retroalimentación inmediata; el Método de Reorganización Táctil de los Parámetros Orales Musculares (PROMPT), que utiliza señales

táctiles y cinestésicas para guiar físicamente los movimientos articulatorios; y enfoques basados en la Programación Motora del Habla (MSP) que se centran en la práctica variada de secuencias de sílabas.

La intensidad es un factor crítico. La investigación sugiere que los niños con AHI requieren sesiones de terapia más frecuentes (a menudo 3 a 5 veces por semana) en comparación con otros trastornos del habla, al menos en las etapas iniciales, para consolidar los nuevos programas motores. La progresión del tratamiento sigue una jerarquía rigurosa: desde la imitación directa del terapeuta, pasando por la repetición demorada, hasta la producción espontánea de la palabra en contextos funcionales. Se pone especial énfasis en la práctica de la prosodia y el ritmo desde el principio, ya que estos son déficits centrales de la apraxia. El éxito del tratamiento depende de la capacidad del terapeuta para integrar la conciencia fonológica con el entrenamiento motor.

7. Debates y Controversias Actuales

A pesar del creciente reconocimiento de la AHI, existen varias controversias académicas y clínicas. Uno de los debates más persistentes se centra en la validez y especificidad de los marcadores diagnósticos. Algunos investigadores argumentan que los criterios actuales (inconsistencia, prosodia, dificultad de transición) no son lo suficientemente específicos y que muchos niños con trastornos fonológicos severos también presentan inconsistencia en el habla, lo que complica el diagnóstico diferencial. Existe una necesidad continua de biomarcadores neurológicos más objetivos para validar el diagnóstico de AHI como una entidad distinta.

Otra controversia importante gira en torno a la etiología y si la AHI es puramente un trastorno motor o si también implica un déficit en el procesamiento fonológico-lingüístico. Aunque la definición clínica enfatiza el componente motor, muchos niños con AHI también presentan dificultades significativas en la conciencia fonológica y en el aprendizaje de nuevas palabras, lo que sugiere que la disfunción en las redes de planeamiento motor podría tener un impacto secundario o interactivo en el desarrollo de representaciones lingüísticas. Esto plantea interrogantes sobre si la terapia debe enfocarse únicamente en lo motor o si debe integrar componentes lingüísticos explícitos.

Finalmente, el debate sobre la eficacia de los métodos de tratamiento específicos sigue activo. Aunque los enfoques basados en el aprendizaje motor son generalmente aceptados como superiores, la evidencia para determinar qué método (DTTC, PROMPT, etc.) es más efectivo para subgrupos específicos de niños con AHI aún no es concluyente. Esto obliga a los clínicos a adoptar un enfoque flexible y basado en la evidencia emergente, adaptando la intensidad y el tipo de retroalimentación a las necesidades individuales del paciente, mientras la investigación continúa buscando protocolos de tratamiento estandarizados y empíricamente validados.

8. Lecturas Adicionales

[American Speech-Language-Hearing Association \(ASHA\) - Childhood Apraxia of Speech](#)

[Wikipedia - Apraxia del Habla Infantil](#)

[National Institute of Neurological Disorders and Stroke \(NINDS\) - Información sobre la Apraxia](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM