



Método **RESTART-DCM**

Marie-Christine Franken, Ellen Laroes, Joeri van Ormondt,
Femke de Smit y Lottie Stipdonk



EDICIÓN REVISADA 2025, versión 3.0

Método **RESTART-DCM**

Marie-Christine Franken, Ellen Laroës, Joeri van Ormondt,
Femke de Smit y Lottie Stipdonk

Este documento debe ser referido de la siguiente manera: Franken, M.C., Laroës, E., Ormondt, J. van, Smit, F de & Stipdonk, L (2025).
Método RESTART-DCM. Edición revisada 2025, versión 3.0
<https://www.restartdcm.nl>

Ninguna parte de esta obra puede ser descargada, transmitida o distribuida sin permiso del autor o autores, salvo para uso estrictamente personal e individual.

Agradecimientos

Ante todo, deseamos expresar nuestra gratitud a los investigadores y terapeutas cuyo trabajo se basó en la primera versión del Método RESTART-DCM. Estamos especialmente en deuda con el Dr. Woodruff Starkweather, la Dra. Jeanna Riley y el Dr. Glyndon Riley, el Dr. Edward Conture y el Dr. Hugo Gregory. En segundo lugar, volvemos a dar las gracias de todo corazón a todos los terapeutas del habla (especialistas en tartamudez) quienes contribuyeron a la primera versión del Método RESTART-DCM (2007). Un agradecimiento especial, en afectuosa memoria, a Durdana Putker-de Bruijn†, co-autora de la primera versión del Método RESTART-DCM.

El desarrollo de este documento contó con el apoyo del departamento ENT del Erasmus MC. Composición y diseño de portada de Erika Endrődiné Benkő (Home-made Graphics).

Este documento ha sido traducido del holandés original por Karen Laird. La traducción ha sido financiada por el Fondo Damsté-Terpstra para la terapia del habla preventiva y práctica. La traducción del inglés al castellano fue realizada por María Pía Coscueta y María Josefina Pérez Berbain.

Contenido



1	Introducción	7
1.1	El origen de RESTART-DCM	8
1.2	¿Cuándo realizar la terapia RESTART-DCM?	8
1.3	El objetivo de la terapia RESTART-DCM	9
1.4	Visión general del RESTART-DCM	10
2	La evaluación	12
2.1	Evaluación padre(s)	12
2.2	Análisis del vídeo interacción	12
2.3	Evaluación del niño	13
2.4	Formulario de resumen de la evaluación RESTART-DCM	13
3	La primera entrevista con los padres	16
4	Terapia RESTART-DCM	18
4.1	Aspectos generales	18
4.2	La estructura de una sesión de tratamiento	18
4.3	Tres niveles de práctica: durante la sesión de terapia, durante los Tiempos Especiales y en la comunicación diaria	19
5	Fase I: reduciendo Demandas	21
5.1	Reduciendo Demandas Motoras	21
5.2	Reduciendo Demandas Lingüísticas	22
5.3	Reduciendo Demandas Emocionales	24
5.4	Reduciendo Demandas Cognitivas	25
5.5	Transferencia de la Reducción de Demandas durante la Fase 1	26
6	Fase II: incrementando las Capacidades del niño	28
6.1	Incrementando las Capacidades Motoras del niño	28
6.2	Incrementando las Capacidades Lingüísticas del niño	29
6.3	Incrementando las Capacidades Emocionales del niño	31
6.4	Incrementando las Capacidades Cognitivas del niño	32
7	Reducción progresiva de la terapia	35
	Referencias	37
	Anexos	37
1	Formulario de interacción padre-hijo de Restart-DCM	40
2	Formulario de evaluación general	41
3	Iniciando la Terapia RESTART-DCM: información para padres	44
4	El Equilibrio RESTART-DCM	45
5	Comunicarse con bajas Demandas Emocionales: dos pasos	46

 1

Introducción

En el marco del proyecto de investigación «Relación costo-eficacia del tratamiento basado en el Modelo de Demandas y Capacidades (DCM) en comparación con el programa Lidcombe», conocido más generalmente como estudio RESTART (De Sonnevile-Koedoot, y otros, 2015), un protocolo de tratamiento fue desarrollado en 2007 basado en el modelo de tratamiento DCM. El objetivo era que todos los terapeutas del habla (especialistas en tartamudez)¹ que participan en el proyecto siguieran un planteamiento de tratamiento similar basado en el DCM. Casi 15 años después, este protocolo estaba listo para su revisión. Algunas partes estaban indebidamente vinculadas específicamente a este proyecto de investigación o sólo eran aplicables en la situación holandesa. Era necesario actualizar el contenido de otras secciones, como el apéndice para padres con información sobre la tartamudez. La experiencia adquirida al realizar talleres sobre este método de tratamiento dejó claro que ciertas partes del protocolo necesitaban ser formuladas o estructuradas de manera diferente. Por ello, en 2021 se publicó una versión revisada del modelo de tratamiento RESTART-DCM, versión 2.0.

Los desarrollos a nivel mundial en la terapia de la tartamudez, en relación, entre otras cosas, con el paradigma de la neurodiversidad y el uso del término fluidez, llevaron a una nueva revisión parcial del modelo de terapia en 2025. Se descubrió que el objetivo del tratamiento RESTART-DCM —"fluidez óptima"— resultaba poco claro en algunos casos; por ello, se ha abordado nuevamente. También recibimos muchas preguntas de los participantes de los cursos acerca de la implementación de la Fase III. Esta fase era opcional para los niños en los que se indicaba alguna forma adicional de técnica de modificación de la tartamudez. Sin embargo, la terapia de modificación de la tartamudez está fuera del alcance del modelo DC. Por ello, decidimos volver a la base del modelo RESTART-DCM, consistente en una estrategia de dos fases: Fase I "Reducir las Demandas" y Fase II "Incrementar las Capacidades del niño". Varias intervenciones descritas en la Fase III estaban dirigidas a incrementar las Capacidades del niño, y ahora se han incorporado a la Fase II. Finalmente, dos de los anexos han sido ligeramente modificados.

Puede ser redundante señalar que este método RESTART-DCM asume que el terapeuta del habla tiene conocimientos básicos sobre la tartamudez y sobre los diversos métodos de tratamiento disponibles. Basándose en una historia clínica detallada y un examen inicial de la tartamudez, el terapeuta decide junto con los padres (Toma de Decisiones Compartida) si iniciar o no la terapia (de inmediato). Cuando la terapia está indicada, la terapia RESTART-DCM es una opción, dependiendo de las preferencias de los padres y de las características específicas del niño.

Además, la descripción de este método no sustituye a los talleres. En un taller RESTART-DCM (taller básico y talleres avanzados), los participantes reciben formación práctica en las habilidades necesarias para trabajar junto con los padres en los objetivos de tratamiento definidos. Los terapeutas del habla que han asistido a un taller tienen acceso a materiales adicionales en el sitio web de RESTART-DCM.

¹ Para mayor claridad, el término terapeuta del habla se utilizará a partir de ahora en el texto. Los pronombres masculinos él y lo, se usarán en referencia al niño, y los pronombres femeninos ella y la, se usarán para el terapeuta del habla.

1.1 El origen de RESTART-DCM

A lo largo de la década de 1970, varios investigadores comenzaron a desarrollar métodos de tratamiento para niños pequeños que tartamudean, basados en la idea de que la tartamudez es la consecuencia de un desequilibrio. Como escribió Starkweather (1987, p. 75): "Cuando el niño no tiene la capacidad para cumplir con las demandas de fluidez, ocurrirá la tartamudez, o algo similar". Esta idea ha sido formalizada en el Modelo de Demandas y Capacidades (DCM, entre otros, Starkweather, 1987; Starkweather y otros., 1990; Starkweather & Franken, 1991; Starkweather & Givens-Ackerman, 1997). La terapia basada en este modelo de tratamiento tiene como objetivo lograr un equilibrio entre las Capacidades (habilidades, destrezas) del niño – en los ámbitos motor, lingüístico, emocional y cognitivo – y las Demandas (internas y externas) sobre la comunicación de niños pequeños o preescolares que tartamudean (edades de desarrollo de 2 a 6 años).

Originalmente se esperaba que el desequilibrio se resolviera y que la tartamudez cesara. Ahora está claro que este no es el caso en todos los niños. Aunque la causa exacta de la tartamudez aún no está completamente clara, existen factores genéticos y neurológicos, combinados con factores de desarrollo, que parecen determinar si un niño comienza a tartamudear y continúa tartamudeando (Franken et al., 2025). La terapia DCM puede afectar estos factores de desarrollo hasta cierto punto. La hipótesis es que en algunos niños, la terapia DCM permitirá que el comportamiento de tartamudez se extinga – de forma más rápida – mientras que en otros, evita que la tartamudez se convierta en un problema. Los resultados iniciales de los estudios de seguimiento respaldan estas hipótesis (Koenraads et al., 2025).

En comparación con la terapia DCM original (Starkweather et al., 1990), el enfoque RESTART se diferencia en que (1) se ha simplificado la estructura del tratamiento, (2) se ha añadido un método específico para reducir las Demandas Emocionales, (3) el entrenamiento de las Capacidades se ha ampliado, incluyendo, entre otras cosas, el programa de entrenamiento motor del habla desarrollado por Riley & Riley (1985), y (4) el modelado de los objetivos terapéuticos para los padres se presenta como un elemento esencial en el método de terapia RESTART-DCM. Por lo tanto, un enfoque RESTART-DCM nunca puede limitarse a ofrecer solo consejos a los padres. Dependiendo de lo que se considere necesario, el enfoque de la terapia del habla (tartamudez) será trabajar con los padres para lograr cambios en el comportamiento del habla y en el entrenamiento de habilidades.

1.2 ¿Cuándo realizar la terapia RESTART-DCM?

Cuando un niño pequeño (edad de desarrollo de 2 a 6 años) comienza a tartamudear, los padres suelen tener muchas preguntas y preocupaciones. Los propios niños también pueden sentirse bastante alterados cuando su habla cambia repentinamente respecto a cómo era antes. Pueden desarrollarse y aumentar conductas de lucha o huida en un corto periodo de tiempo. El niño es derivado a un terapeuta del habla o los padres pueden buscar contacto con uno por sí mismos. Los padres pueden consultar a un terapeuta del habla para recibir asesoramiento y orientación, incluso si el comportamiento de tartamudez es apenas notorio y/o aumenta sólo muy gradualmente.

El estudio RESTART sobre los resultados a largo plazo de la terapia de la tartamudez según el enfoque RESTART-DCM y la terapia Lidcombe en niños pequeños (Koenraads et al., 2025) muestra una fuerte correlación entre la edad del niño al inicio de la terapia y la tartamudez en la vida adulta: cuanto más joven es el niño al inicio de la terapia, mayor es la probabilidad de que el comportamiento de tartamudez sea solo temporal. Por lo tanto, en general, la recomendación actual es comenzar el tratamiento inmediatamente después de la evaluación del niño y no esperar. Si la tartamudez disminuye espontáneamente durante el transcurso de la evaluación, el terapeuta y los padres pueden evaluar conjuntamente si posponer el tratamiento es una opción.

En niños de hasta seis años, se producen muchos cambios en el sistema del habla, lo que permite que los patrones de habla se desarrollen. La terapia puede ayudar a facilitar la comunicación y a ajustar o fortalecer los patrones de habla. Se puede prevenir o reducir el desarrollo de comportamientos secundarios de tartamudez.

La terapia RESTART-DCM está destinada a niños con una edad de desarrollo de entre 2 y 6 años. Sin embargo, los principios de DC también pueden favorecer una mayor facilidad en la comunicación en jóvenes o adultos con una baja edad de desarrollo.

1.3 El objetivo de la terapia RESTART-DCM

El objetivo de la terapia RESTART-DCM es crear un equilibrio óptimo entre las Capacidades del niño y las Demandas que se imponen a sus esfuerzos comunicativos, para que el niño pueda expresarse con la mayor facilidad posible (con o sin tartamudez).

ACLARACIÓN:

- **Equilibrio óptimo:** el grado más favorable de armonía entre las Capacidades y las Demandas, dependiendo de los factores ambientales y del niño en particular.
- **Niño:** el niño pequeño o preescolar que tartamudea (edad de desarrollo de 2 a 6 años).
- **Capacidades:** las capacidades motoras, lingüísticas, emocionales y cognitivas, habilidades del niño que juegan un papel en su capacidad para expresarse (con mayor facilidad).
- **Demandas:** los requisitos motores, lingüísticos, emocionales y cognitivos, desafíos que crean presión para hablar; provenientes tanto del niño mismo (internos) como del entorno (externos).
- **Expresarse con la mayor facilidad posible (con o sin tartamudez):** el objetivo principal es que el niño sea él mismo y pueda expresarse, sin sentir que la tartamudez lo dificulta. Por lo tanto, eliminar la tartamudez no es el objetivo principal. La tartamudez generalmente se extinguirá más rápido/más frecuentemente después de lograr el equilibrio óptimo. Las razones para no hacer de esto el objetivo de la terapia son tres:
 1. *Tartamudez persistente:* alrededor de una cuarta parte de los niños continúan tartamudeando, incluso después de la terapia. Además, hay niños cuyo entorno ya no percibe tartamudez, pero que ellos mismos todavía sienten que tartamudean. Por lo tanto, es importante enseñar a todos los niños que, aunque la tartamudez puede ser una forma ligeramente diferente de hablar, es una forma perfectamente válida. El mensaje "tartamudear está bien" está en el corazón de la terapia durante todo el proceso.

De esta manera, todos los niños, independientemente de su futuro patrón de habla, pueden sentirse aceptados. El énfasis en hablar con fluidez puede socavar esta aceptación.

2. *Efectos familiares*: Cuando el enfoque de la terapia está en menos/nada de tartamudez y un niño deja de tartamudear, los padres pueden sentirse aliviados. Sin embargo, en familias donde varios niños tartamudean, el énfasis en el habla fluida puede afectar negativamente a otro niño que ha seguido tartamudeando.
3. *Decepción*: Los padres pueden sentirse frustrados o decepcionados si la tartamudez no disminuye (o no lo hace lo suficientemente rápido), incluso cuando su hijo claramente comienza a hablar con más facilidad y confianza en sí mismo. Los padres pueden tener preocupaciones sobre el futuro, especialmente que su hijo pueda ser burlado debido a su tartamudez. Esto puede afectar su motivación y compromiso con la terapia. No notan el efecto de la terapia e incluso lo desestiman diciendo "de todos modos no sirve de nada". Por lo tanto, es de suma importancia discutir – y repetir – cuál es el objetivo principal de la terapia con los padres y aclarar sus miedos. El objetivo se ha logrado cuando el niño, los padres y el terapeuta del habla están de acuerdo en que se ha hecho todo lo posible para reducir los puntos de presión comunicativa y fortalecer las habilidades del niño para expresarse. En otras palabras: cuando se ha logrado un equilibrio óptimo entre las Capacidades (motoras, lingüísticas, emocionales y cognitivas) del niño y las Demandas internas y externas.

1.4 Visión general del RESTART-DCM

El enfoque RESTART-DCM sigue una estructura fija. Primero, se programa la evaluación, que incluye una entrevista con los padres, un análisis de la interacción padre-hijo y una evaluación del niño (ver el anexo 2, La evaluación). Una vez completada la evaluación, se programa una reunión con los padres en la que se les informa detalladamente sobre los resultados de la evaluación. Además, se introduce el "tiempo especial" entre padres e hijos y el cuaderno de registro (ver el anexo 3, La primera reunión con los padres). Esta reunión con los padres sirve de "puente" entre la evaluación y la terapia RESTART-DCM.

Nota: Las modificaciones en el comportamiento del habla que los padres aprenden durante la **Fase I** son ajustes temporales. Están destinadas a permitir que el niño logre un mejor equilibrio entre Demandas y Capacidades. Las modificaciones, como articular de forma excepcionalmente lenta, pueden resultar "anormales" para los padres. De hecho, lo son; es terapia: los ajustes son necesarios debido a las Capacidades reducidas del niño para un habla fácil y se eliminarán gradualmente bajo supervisión al final del tratamiento.

La *terapia* RESTART-DCM está estructurada en dos fases. Cada programa de terapia comienza con la Fase I (ver anexo 5, Fase I: Reducir las Demandas). El objetivo de la Fase I es reducir las Demandas externas; en otras palabras, las Demandas del entorno comunicativo del niño.

Se crean condiciones de manera estructural (más frecuente) que permitan al niño expresarse libremente en función de sus Capacidades en ese momento. Las Demandas que afectan al niño en cuestión, se reducen a través del asesoramiento y la formación de los padres y de otras figuras importantes en la vida del niño.

La **Fase II** de la terapia (ver anexo 6, Fase II: Aumentar las Capacidades) consiste en el entrenamiento explícito de las Capacidades del niño para facilitar un habla más fluida. Esta fase se añade a la Fase I si es necesario. Por lo tanto, mientras se trabajan las Capacidades del niño, la terapeuta del habla también mantendrá los avances

logrados durante la Fase I en cuanto a la reducción de las Demandas externas. Para ello, durante todo el tratamiento, se asegurará de mantener un nivel reducido de Demandas cuando se comunique con el niño, hasta que esta conducta sea retirada de manera explícita. Durante la **Fase II** del programa, la reducción de las Demandas sobre la comunicación del niño en la vida diaria seguirá siendo un tema fijo de discusión en las sesiones de terapia.

Además, dentro de ambas fases se abordan sistemáticamente cuatro dominios: Motor, Lingüístico, Emocional y Cognitivo. Los dominios se tratan en un orden fijo que se mantiene a lo largo de ambas fases: primero el dominio Motor, luego el Lingüístico, después el Emocional y, finalmente, el dominio Cognitivo. Solo se abordan los dominios (o elementos dentro de ellos) que sean relevantes para el niño en cuestión.

Además, cada sesión de la Fase I y de la Fase II tiene una estructura fija (ver 4.2). La forma en que los padres transfieren los cambios de comportamiento aprendidos durante los periodos de práctica ("Tiempo Especial") a las situaciones cotidianas de habla también sigue un patrón más o menos fijo (ver 4.3 y 5.5).

2

La evaluación

El objetivo de la evaluación exhaustiva realizada antes de comenzar el tratamiento es obtener una visión de las Capacidades del niño y de las Demandas que se le imponen, tanto por parte de su entorno como las autoimpuestas. A partir de la evaluación, se formulan hipótesis sobre un posible desequilibrio entre las Capacidades y las Demandas. Esto implica analizar las Capacidades actuales (insuficientes) del niño, las Demandas del entorno y las del propio niño, así como el desequilibrio entre ambas. De este modo, se pueden identificar los puntos de presión en la comunicación. Posteriormente, podrán formularse los objetivos del tratamiento basándose en la interpretación de los datos obtenidos.

2.1 Evaluación padre(s)

Como regla general, primero se programa una entrevista con los padres. Durante esta sesión, se abordan los siguientes aspectos:

- Historia clínica – médica – tartamudez
- Causa de la tartamudez, según los padres
- Pensamientos y emociones en relación a la tartamudez (de los padres y del niño)
- Temperamento del niño
- Severidad percibida y carga de la tartamudez (por ejemplo, con la ayuda de una puntuación VAS²)
- Una descripción muy breve del modelo de DC, ilustrado con una figura (ver Anexo 4)
- Explicación de en qué consistirá la evaluación (análisis de interacción en vídeo y evaluación del niño)
- Posiblemente cuestionarios adicionales para los padres (por ejemplo, sobre el temperamento del niño) o para el entorno (por ejemplo, el maestro o los líderes del grupo de juego/guardería)

2.2 Análisis del vídeo interacción

Se invita a los padres y al niño a una sesión de interacción padre-hijo. Si la historia clínica (ver arriba) indica que la observación de la interacción con ambos padres y posiblemente con algún(os) hermano(s) sería beneficiosa para identificar los puntos de presión en la comunicación, estos también podrán ser invitados a participar en la evaluación. Si posteriormente se considera importante su participación, esta se podrá organizar en una fase posterior.

Se realiza una grabación en video de dos situaciones de juego diferentes: una situación libre, no estructurada, y una situación más estructurada; la grabación en video tomará alrededor de 15 minutos en total. Se pide a los padres y al niño que jueguen juntos, tal como lo harían normalmente en casa. Se les proporcionan materiales para el juego libre (Playmobil) y juegan juntos durante $\pm 7-8$ minutos mientras son grabados en video. Posteriormente se les entregan varios rompecabezas de distintos niveles de dificultad y se realiza una grabación en video de $\pm 7-8$ minutos mientras resuelven los rompecabezas.

² VAS: significa Escala Analógica Visual, y es una forma de medir la intensidad de las sensaciones. Consiste en una línea horizontal, a menudo de 10 cm de largo, en la que el niño indica sobre la línea cuánto malestar o incomodidad experimenta.

La sesión de interacción padre/madre-hijo grabada es analizada y puntuada con la ayuda del Formulario de Interacción Padre/Madre-Hijo (véase el Anexo 1). En la columna de la izquierda se indica la Demanda correspondiente: M (Motora), L (Lingüística), E (Emocional) o C (Cognitiva). En la columna de la derecha, se anota el grado o la frecuencia con que este comportamiento ocurre o se observa durante la interacción. Se recomienda, especialmente si el terapeuta tiene relativamente poca experiencia en la evaluación de interacciones padre-hijo, transcribir dos fragmentos de cinco minutos de la sesión de interacción. Esto permitirá, por ejemplo, determinar con mayor facilidad el número de preguntas abiertas, el comportamiento en la toma de turnos, la adecuación de las reacciones tanto de los padres como del niño. La velocidad de articulación del/de los padre(s) y del niño *siempre* se mide y calcula.

2.3 Evaluación del niño

El niño siempre se somete a pruebas estandarizadas formalizadas de lenguaje, incluso si no existen preocupaciones o dudas sobre su desarrollo lingüístico. Para determinar el equilibrio entre las Capacidades y las Demandas, es importante establecer si puede haber un desajuste en la forma de una Capacidad reducida (desarrollo lingüístico más débil) o de una Demanda aumentada (desarrollo lingüístico más fuerte o desequilibrio dentro del perfil lingüístico). Para identificar un posible desequilibrio en las habilidades lingüísticas, se evalúan la comprensión y producción del lenguaje tanto a nivel de palabra como de oración. La producción de los sonidos del habla se evalúa fonológicamente y fonéticamente.

Si no se espera que los resultados sean fiables debido, por ejemplo, a conductas de evitación, miedo al fracaso o escasa cooperación por parte del niño, este componente se analizará más adelante (durante el tratamiento).

En cuanto a pruebas más específicas de tartamudez, recomendamos:

- Escala de Evaluación Motora Oral: Oral Motor Assessment Scale OMAS (Riley y Riley, 1985)
- KiddyCAT (Vanryckeghem y Brutten, 2007)
- SSI-4 (Riley, 2009)

Se recopila más información por parte del terapeuta, basada en lo que los padres han comentado durante la entrevista de anamnesis, sobre la conciencia del niño respecto a su tartamudez. Esto puede lograrse preguntando al niño u observando sus reacciones ante episodios de tartamudez voluntaria realizados por el terapeuta. Además, se puede observar la respuesta del niño a los cambios (un aumento o disminución) en la presión para comunicarse durante una breve sesión de prueba.

2.4 Formulario de resumen de la evaluación RESTART-DCM

En este formulario (véase Anexo 2), se describen los puntos principales de la anamnesis y se anotan los resultados de la evaluación. El formulario consta de 3 partes:

- **Parte 1** contiene la información clave obtenida de la anamnesis general y la información relevante desde una perspectiva médica. También se incluye un resumen de los aspectos específicos de la tartamudez en la anamnesis.
- **Parte 2** proporciona una visión general de los datos de la evaluación. Primero, se presentan los datos relacionados con la tartamudez: se proporciona una descripción cualitativa y cuantitativa; se presentan los tipos de tartamudez, los comportamientos secundarios, el SSI-4 (Riley, 2009) y los puntajes de carga. A continuación, se presentan los datos de la evaluación en relación con las Demandas y Capacidades dentro de los 4 dominios. Es útil mantener el siguiente orden al redactarlos:
 - Primero, los datos del test de la evaluación del niño se anotan en la sección de Capacidades.
 - Luego, la información obtenida del análisis de la sesión de interacción entre el padre y el niño se completa en la sección correspondiente de Demandas (mostrada en la columna izquierda del formulario de interacción padre-niño). También se incluye la información relevante obtenida de los cuestionarios adicionales para el padre/maestro.
A continuación, antes de pasar a la parte 3 del formulario (los objetivos del tratamiento), se formulan *hipótesis sobre los puntos de presión en la comunicación* para el plan de tratamiento. Para ello, se examinan las Capacidades evaluadas del niño a la luz de las correspondientes Demandas externas. Nota: las Demandas internas se abordarán más adelante en la Fase 2. Algunos ejemplos:
 - Un niño con una puntuación alta en los componentes de la prueba para habilidades de lenguaje expresivo. Esto se registra de la siguiente manera: un lenguaje expresivo fuerte se asigna a la Capacidades – Dominio Lingüístico. Las habilidades de lenguaje expresivo fuertes se consideran *Demandas Motoras (internas)*, ya que las oraciones más largas requieren más planificación motora y tienden a ser pronunciadas más rápidamente. Por lo tanto, usar oraciones más largas coloca una mayor Demanda sobre las Capacidades Motoras del niño. La entrada lingüística de los padres observada durante la interacción padre-hijo para un niño que tiene habilidades de lenguaje expresivo fuertes también se caracteriza a menudo por un lenguaje complejo. Esto se registra en el formulario de resumen como una Demanda (externa) en el Dominio Lingüístico. Sin embargo, incluso si no se observa un lenguaje complejo por parte de los padres durante la interacción padre-hijo, esto se señala como una posible preocupación, porque los padres exponen a su hijo al lenguaje y estimulan (inconscientemente) el crecimiento del lenguaje.
 - La situación opuesta: un niño con puntuaciones bajas en los componentes de la prueba para habilidades de lenguaje expresivo. Esto se anota como *Capacidades expresivas débiles en el Dominio Lingüístico*. La entrada lingüística apropiada para su edad por parte de los padres se marca como una fuerte *Demanda externa en el Dominio Lingüístico*, ya que esta entrada debe contrarrestar las Capacidades lingüísticas más débiles del niño. Estos ejemplos ilustran un desequilibrio en dos niveles: 1. dentro del niño, entre el lenguaje expresivo y el receptivo, y 2. entre las capacidades lingüísticas del niño y la entrada lingüística del entorno.

- Un niño emocionalmente reactivo (“temperamental”), que, por ejemplo, permanece feliz, enojado, temeroso o triste durante un período prolongado. Esto se anota debajo de unas *Capacidades* más débiles en el *Dominio Emocional* (insuficientemente capaz de regular sus emociones). Luego se explora la Demanda externa correspondiente: ¿el entorno reacciona de tal manera que reduce el desencadenamiento de esta emoción intensa (sin que el niño suprima la emoción)? Si no es así, hay una *Demanda* externa elevada en el *Dominio Emocional*, que se marca en la columna correspondiente.
- En la **Parte 3**, los objetivos del tratamiento se formulan en base a las hipótesis desarrolladas sobre la presión comunicativa ejercida por las Demandas y las Capacidades. Todas las notas realizadas en los diferentes dominios son las indicaciones para el tratamiento.



3

La primera entrevista con los padres

Una vez completada la evaluación y relleno del formulario de resumen de la evaluación, se lleva a cabo una entrevista con los padres (sin la presencia del niño) con los siguientes objetivos:

- a. Proveer información verbal y escrita sobre la tartamudez (véase Anexo 3)
- b. Presentación de los resultados de la evaluación
- c. Introducción del "Tiempo Especial" de quince minutos entre padres e hijo
- d. Introducción del cuaderno de registro.

ad a. El objetivo es llegar a una situación en la que los padres comprendan que la tartamudez surge tanto de factores heredados/congénitos como de factores del desarrollo. Debido a esto, el niño actualmente tiene Capacidades limitadas o desequilibradas, lo que ha llevado al desarrollo de comportamientos de tartamudez. De otro modo, las Demandas de comunicación completamente normales pueden estar simplemente más allá de las Capacidades actuales de este niño. Con esto en mente, se les pide a los padres que, con la ayuda de la terapia, reduzcan significativamente la presión comunicativa para mejorar el equilibrio entre las Demandas impuestas al niño o por el niño y sus Capacidades. Solo entonces se podrán fortalecer las Capacidades del niño. En general, esto permite alcanzar un equilibrio positivo, donde las Capacidades pesan más (son más fuertes) que las Demandas. Como resultado de este equilibrio favorable, la tartamudez se extinguirá en el 75 por ciento de los niños, en promedio. Una cierta medida de tartamudez persiste en alrededor de una cuarta parte de los niños. En todos los niños, el objetivo de lograr un equilibrio entre las Capacidades y las Demandas es permitir que el niño se comunique libremente y con confianza (con o sin tartamudez). El grado en que se extingue el comportamiento de tartamudez es una consideración secundaria.

ad b. Durante la entrevista con los padres, los resultados de la evaluación se muestran mediante una visualización del modelo de DC y se explican (ver Anexo 4). Se resumen los hallazgos principales y se proporcionan varios ejemplos ilustrativos (con el fin de no sobrecargar a los padres con información). Mostrar a los padres una puntuación baja del niño en el OMAS (disminución de las capacidades motoras del habla), por ejemplo, puede facilitarles la comprensión de por qué un ritmo de habla más lento en el entorno puede ser beneficioso.

Esta explicación del modelo de DC, específicamente en relación con el niño, crea una base para cooperar con los padres. Un padre que logra establecer un entorno donde la comunicación sea lo más fácil posible para apoyar el desarrollo del niño —y que percibe esto como un paso positivo en lugar de una corrección de algo que venía haciendo mal—, generalmente lleva a cabo la terapia de manera activa y constructiva. Se puede proporcionar información adicional durante el tratamiento por dominio cuando se aborde el dominio correspondiente.

Nota: Es importante seguir verificando a lo largo del tratamiento si los padres continúan aplicando los ejercicios dentro del contexto del modelo de DC. Por ello, es importante retomar este tema con regularidad después de la entrevista inicial con los padres durante el tratamiento.

ad c. Se les explica a los padres el concepto de los quince minutos de Tiempo Especial entre padres e hijo. La idea es que el padre debe reservarse un período de 15 minutos, *mínimamente* cinco días a la semana, para pasar con el niño, 1:1, dándole toda su atención. Esta es la primera tarea para hacer en casa: establecer estos Tiempos Especiales durante la próxima semana. El Tiempo Especial es el momento en el que el padre entrena habilidades específicas para aliviar las Demandas. En la Fase II de la terapia, este tiempo se utiliza para realizar ejercicios destinados a ampliar las Capacidades del niño.

ad d. También se le pide al padre que empiece a llevar un cuaderno de registro, en el que tome notas sobre los Tiempos Especiales. Tanto la terapeuta como el padre también anotarán detalles durante las sesiones de tratamiento. En la primera semana, el padre sólo registrará la hora, la duración y los materiales de juego utilizados. A partir de la primera sesión en la que el niño también esté presente, tanto la terapeuta como el padre tomarán notas durante las sesiones de tratamiento. Cuando el padre comience a practicar las modificaciones en la forma en que se comunica con el niño, también registrará qué cambio específico practicó y el resultado. Con el tiempo, los padres dejarán de tomar notas en cada Tiempo Especial. En su lugar, proporcionarán una descripción general de los ejercicios realizados durante la semana anterior, incluyendo las reacciones del padre y del niño frente al cambio de comportamiento del padre. También se pueden añadir preguntas y observaciones.

En el cuaderno de registro, uno de los padres puede hacer un seguimiento de la severidad y la carga de la tartamudez, utilizando, por ejemplo, la escala de 8 puntos de Yairi y Ambrose (Yairi y Ambrose, 1999) o la escala de 10 puntos utilizada en el Programa Lidcombe (Onslow y otros, 2020). En algunos casos, los padres comienzan con una puntuación diaria, pero más adelante bastará con una puntuación típica de toda la semana anterior (posiblemente junto con la puntuación más alta de la semana). A los padres que estén excesivamente enfocados en la tartamudez de su hijo se les puede pedir que escriban cada día cinco momentos de comunicación fácil (con o sin tartamudez) del niño. De este modo, se puede desviar el enfoque del comportamiento de tartamudez hacia la comunicación fácil. En prácticamente todos los casos, los padres descubrirán que, la mayoría del tiempo, la tartamudez de su hijo afecta menos a la comunicación de lo que pensaban.

4

Terapia RESTART-DCM

4.1 Aspectos generales

Todo comienza con una buena cooperación entre la terapeuta y los padres, el objetivo general de la terapia y la actitud de la terapeuta. Esa actitud transmite: *practica lo que predicas*, en cada sesión, en cada frase, en cada mirada. “Tartamudear está bien, es tu forma de hablar.” Con este mensaje, ayudamos a los niños y a sus familias a encontrar un equilibrio óptimo entre Capacidades y Demandas. Esto casi siempre contribuye a aliviar el comportamiento de tartamudez. El efecto será más notable en algunos niños que en otros.

Las dos fases, cada una compuesta por cuatro dominios que constituyen el tratamiento RESTART-DCM, han sido descritas anteriormente (ver 1.2 Visión general de RESTART-DCM). Al principio, los padres y el niño asistirán a sesiones de terapia de 45 a 60 minutos por semana. La frecuencia de las sesiones puede variar a lo largo del tratamiento, dependiendo de cómo avance. Durante la fase de mantenimiento, la duración de las sesiones generalmente se reduce a media hora. Por regla general, tras cuatro sesiones con los padres y el niño, se lleva a cabo otra entrevista con los padres en la que el niño no está presente. Se invita a ambos padres a asistir. Esta sesión ofrece la oportunidad de tratar temas relacionados con la tartamudez del niño que es preferible no abordar cuando el niño está presente. También hay espacio para que el/los padre(s) expresen emociones dolorosas, hablen sobre sentimientos de culpa o manifiesten la carga de sentirse responsables de que la tartamudez desaparezca. Otro tema frecuente es el papel o la forma en que cada uno de los padres puede aplicar la terapia por separado. También pueden surgir cuestiones relacionadas con la crianza, en la medida en que estén vinculadas a la tartamudez. Estas sesiones exclusivas con los padres se programan mientras se consideren aconsejables/necesarias.

4.2 La estructura de una sesión de tratamiento

Cada sesión sigue un patrón fijo:

- La terapeuta *modela* un comportamiento del habla modificado mientras juega con el niño; el padre observa y anota observaciones en el cuaderno de registro.
- El padre intenta aplicar el comportamiento modelado por la terapeuta mientras juega con el niño.
- La terapeuta del habla y el padre revisan brevemente el intento del padre.
- La terapeuta del habla formula, junto con el padre, cómo se aplicará el comportamiento modificado durante la próxima semana en casa.
- La terapeuta del habla le pide al padre que resuma la terapia que llevará a cabo durante la próxima semana.
- Al final, hay tiempo para preguntas, discusión adicional y resolución de problemas en relación con la implementación/transferencia de las sesiones de práctica en el hogar.

- La terapeuta del habla revisará (de vez en cuando, junto con el padre) si el objetivo del tratamiento está claro para los padres, cómo contribuyen las actividades a ese objetivo y si la terapeuta del habla y los padres están suficientemente alineados.

A partir de la segunda sesión con el niño presente, cada sesión *comienza* con:

- El padre mostrando, mientras juega con el niño, cómo se practicaron los aspectos de la terapia durante la semana anterior.
- Mientras al niño se le permite seguir jugando, el terapeuta del habla y el padre discuten el cuaderno de registro, los aspectos de la terapia de la semana anterior y la demostración al inicio de la sesión.

Como es evidente a partir de lo anterior, el padre aprende comportamientos del habla modificados mediante el entrenamiento y la práctica conjunta con la terapeuta del habla durante las sesiones de terapia. Reiteramos una vez más que *un programa de tratamiento RESTART nunca consiste únicamente en dar consejos*. La terapeuta del habla modela el comportamiento del habla modificado y lo practica junto con el padre. El padre practica el nuevo comportamiento del habla en casa durante los Tiempos Especiales. Solo se le pide al padre que comience a hacerlo cuando la terapeuta del habla está convencida de que es capaz de aplicar correctamente el comportamiento del habla modificado. A veces se pueden requerir varias sesiones para enseñar una modificación específica del habla a un padre.

4.3 Tres niveles de práctica: durante la sesión de terapia, durante los Tiempos Especiales y en la comunicación diaria

El objetivo final de la terapia es aplicar los cambios de comportamiento aprendidos en la comunicación diaria. Sin embargo, este objetivo se alcanza de manera gradual. Modificar hábitos del habla (automatizados) requiere un esfuerzo consciente. Por esta razón, lo primero que hace el padre o la madre es practicar un comportamiento del habla modificado – por ejemplo, reducir la velocidad de articulación – durante las sesiones de terapia. Lo mismo se aplica a la práctica de las habilidades del niño: estas se practican primero durante las sesiones de terapia. A continuación, el padre practicará el comportamiento del habla modificado o las habilidades del niño durante los Tiempos Especiales. Una vez que el comportamiento del habla modificado ha sido dominado, se le pide al padre que lo implemente también durante el día, y no solo durante los Tiempos Especiales. Para empezar, se selecciona una situación diaria fija, por ejemplo, la hora de acostarse o el momento en el baño, y se va ampliando gradualmente para incluir nuevas situaciones.

Durante la Fase 1 del tratamiento, los Tiempos Especiales continúan siendo el momento para practicar una *nueva* modificación del comportamiento. Se *añade* un nuevo comportamiento modificado durante el Tiempo Especial, junto con la modificación del comportamiento previamente dominada. Una vez que se ha dominado el nuevo comportamiento, el padre también comenzará a implementarlo en su forma de hablar con el niño en la(s) situación(es) cotidianas seleccionadas fuera de los 15 minutos del Tiempo Especial. Esto liberará el Tiempo Especial para empezar a practicar un

nuevo elemento. Este elemento es elegido por la terapeuta del habla en función de las indicaciones específicas del niño y, nuevamente, se aprende y practica como un *suplemento* adicional.

Durante la Fase 2, que consiste en aumentar las Capacidades del niño, el Tiempo Especial está destinado a practicar las habilidades del niño, mientras el padre aplica las modificaciones del comportamiento aprendidas en la Fase 1. Las habilidades que se practican con el niño durante el Tiempo Especial a lo largo de la Fase 2 no se exigen al niño en la vida diaria. Esto constituiría una Demanda (demasiado) grande. Se parte del supuesto de que el niño aplicará estas habilidades —por ejemplo, contar algo brevemente o respetar los turnos— de forma automática en la vida diaria una vez que las haya dominado.

A veces, la terapeuta del habla puede tener dudas sobre cómo el padre está aplicando el tratamiento en la vida diaria. Una buena opción en ese caso es pedirle al padre que grabe videos de situaciones específicas de transferencia de manera regular. El padre y la terapeuta del habla pueden ver estas grabaciones juntos durante una sesión de tratamiento. Los comentarios constructivos de la terapeuta del habla y el análisis conjunto desde una perspectiva de resolución de problemas pueden ayudar al padre a transferir el comportamiento del habla modificado a la vida cotidiana.

5

Fase I: reduciendo Demandas

La evaluación puede revelar más de una indicación por dominio dentro de los distintos dominios. Los dominios *siempre se abordan en un orden fijo*, tal como se describe a continuación. El tratamiento comienza con la primera indicación en el dominio Motor. La transferencia se lleva a cabo conforme al patrón descripto anteriormente.

Es posible que, al lograr un comportamiento modificado, otra indicación desaparezca de forma espontánea. Por ejemplo, en algunos casos, la indicación de hablar en oraciones más cortas (más acordes con el nivel de habilidad gramatical del niño) se alcanza de forma espontánea cuando el padre o la madre reduce su velocidad de articulación. El ritmo más lento propicia el uso de oraciones más breves. Otra posibilidad es que el tratamiento ya no sea necesario, por ejemplo, tras reducir únicamente las Demandas en los dominios Motor y Lingüístico. Estas modificaciones pueden haber hecho que la tartamudez del niño haya desaparecido, de modo que no se indique continuar con el tratamiento (véase el párrafo 7, Finalización gradual de la terapia).

Solo se tratan aquellas Demandas que sean relevantes para el padre y el niño en cuestión. La terapeuta del habla traduce todas las indicaciones del tratamiento, en la medida de lo posible, en ejercicios que permitan al padre adquirir experiencia práctica con cada comportamiento modificado específico. Pedir a los padres que se abstengan de realizar cierto comportamiento, y/o practicar con ellos la supresión de dicho comportamiento, generalmente tiene poco efecto (por ejemplo, "intenta no hacer preguntas"). Es más productivo modelar una alternativa a ese comportamiento (por ejemplo, "utiliza enunciados cuando hables").

5.1 Reduciendo Demandas Motoras

INDICACIONES COMUNES:

- El padre articula más rápido que el niño en oraciones fluidas.
- El niño articula relativamente rápido (> 3,5 sílabas por segundo).
- El padre y/o el niño utilizan tiempos de interacción breves o se interrumpen mutuamente.
- La familia tiene un ritmo de vida crónicamente acelerado/vive con prisa.
- La familia habla habitualmente a un ritmo rápido en momentos en los que el tiempo es limitado.

(Véase, entre otros, el análisis de la interacción en vídeo, párrafos 2c, d, 4c y 5).

OBJETIVO:

Reducir la presión del tiempo y la velocidad del habla para disminuir la probabilidad de que la planificación y ejecución del habla y la producción lingüística del niño superen el alcance de sus Capacidades en esos momentos.

POSIBLES CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO POR PARTE DEL PADRE:

- Hablar con movimientos del habla tranquilos, relajados y fluidos de manera natural con el niño. La regla general para encontrar la velocidad adecuada es la

siguiente: igualar la velocidad de articulación del niño durante enunciados fluidos que fluyen con suavidad. En un niño pequeño, esto rara vez supera las 3,5 sílabas por segundo. Si no hay enunciados fluidos y el niño habla a un ritmo relativamente rápido, el padre debe aprender a hablar a una velocidad de articulación más baja, utilizando su propio modelo interno. Esto puede requerir bastante práctica. Algunos niños reducen inconscientemente su propio ritmo del habla cuando su padre habla más despacio, mientras que otros continúan hablando a su velocidad habitual; sin embargo, aun así pueden sentirse más relajados al hablar. Reducir la velocidad de articulación del niño no es un objetivo. Nota: en las conversaciones con los padres, se hace referencia a la velocidad del habla en lugar de velocidad de articulación, por motivos de simplicidad.

- Implementar una latencia prolongada en el tiempo de respuesta (aproximadamente 1–2 segundos), sin superposición alguna en la toma de turnos de habla.
- Dar al niño el tiempo suficiente para contar su historia. Si no hay tiempo suficiente, el padre indica que ese momento no es adecuado para contarla; pospone la narración hasta un momento posterior más apropiado.
- Reaccionar de forma no verbal para fomentar una toma de turnos calma, por ejemplo, ofreciendo una señal de alto si el niño interrumpe. El padre evita el contacto visual con el niño en ese momento específico, pero mantiene el contacto visual con la persona que tiene el turno de habla.
- Mantener un contacto visual normal, acorde a las costumbres de la cultura y de la familia. Establecer contacto visual facilita tiempos de interacción calmos y ayuda a evitar la superposición de turnos de habla: permite ver cuándo la otra persona ha terminado de hablar, sigue hablando o tiene algo más que decir.
- Supervisar el ritmo general de vida dentro de la familia (transiciones calmas de una actividad a otra, tiempo "vacío" suficiente). En caso de presión de tiempo o de un ritmo de vida acelerado, el padre aprende a hablar con enunciados breves y calmos, y a posponer conversaciones o discusiones para un momento más adecuado.

5.2 Reduciendo Demandas Lingüísticas

INDICACIONES COMUNES:

- El niño presenta un desarrollo lingüístico avanzado.
- El niño apenas utiliza pausas (naturales) o no las usa en absoluto al contar una historia.
- El número de preguntas que hace el padre es relativamente alto.
- El número de enunciados del padre es bastante bajo.
- El número de enunciados por turno del padre es mucho mayor que el del niño por turno.
- El lenguaje que utiliza el padre es considerablemente más complejo (oraciones compuestas, palabras relativamente difíciles, frases largas, oraciones en forma pasiva o con inversión) de lo que sería adecuado para la edad del desarrollo del niño.
- El padre introduce un nuevo tema con frecuencia.

(Véase, entre otros, el análisis de la interacción en vídeo en los párrafos 1a, b; 2a, b; y 4a, d, e).

OBJETIVO:

Una adecuación específica al nivel y perfil lingüístico del niño, sin sobreestimulación del desarrollo del lenguaje, y sin imponer demandas (excesivamente) altas en el procesamiento y la expresión del lenguaje.

POSIBLES CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO POR PARTE DEL PADRE:

- Usar principalmente enunciados (no preguntas) al hablar, y emplear palabras que sean apropiadas, en cuanto a longitud y complejidad, para la edad del desarrollo y el perfil lingüístico del niño (según la evaluación).
- Asegurar un buen equilibrio entre el número de enunciados por turno del padre y del niño.
- Seguir la iniciativa del niño en la medida de lo posible, prestando atención y utilizando un lenguaje de apoyo.
- Formular preferentemente preguntas cerradas o de elección forzada en lugar de preguntas abiertas, si se observa que el niño tartamudea más al responder preguntas abiertas.
- Reformular con frecuencia las oraciones del niño en forma de enunciado, a veces añadiendo un comentario adicional y relevante. (Niño: “Quiero acariciar al perro.” Padre: “Ah, sí, acariciar al perro. Te gusta el perro.”) El padre debe intentar hacer esto siempre que el enunciado sea gramaticalmente incorrecto, de forma tranquila y con un tono de voz objetivo, sin corregir explícitamente al niño (“Él ponió la niña.” “Claro, él puso la niña.”).
- No pedir explícitamente al niño que repita una frase que todavía no es capaz de pronunciar correctamente.
- Modelar que no siempre se puede encontrar el nombre correcto de algo, y luego describirlo (“Un tipo de caballo con rayas”), de modo que el niño sienta menos presión por encontrar la palabra adecuada de forma correcta y rápida.
- Dedicar varias oraciones a una misma información durante la conversación (“redundancia léxica”). El niño se expone a la misma palabra en distintos contextos, lo cual favorecerá el almacenamiento tanto de su forma como de su contenido. Esto también reduce la densidad informativa de la conversación, lo que a su vez disminuye las demandas sobre la capacidad de procesamiento del niño. Algo similar se aplica en lo que respecta a la estructura de las oraciones (“redundancia gramatical”). Realizar conscientemente cambios mínimos en las oraciones exige menos procesamiento por parte del niño. Además, es más fácil para el niño imitar una estructura que se repite. Nota: el niño se expone a la información verbal de forma repetida y en una forma ligeramente variada, **sin** que se le pida hacer lo mismo.
- Reconocer la necesidad de “hablar menos” en ciertas situaciones. En días en que la tartamudez se presenta (claramente) con mayor frecuencia, se pueden buscar actividades que requieran poco o ningún lenguaje oral, como juegos de actividad, rompecabezas, colorear, jugar con plastilina, andar en bicicleta, recortar con tijeras, escuchar música, sin dar al niño la impresión de que debe hablar menos. De este modo, el padre aprende que brindar atención y ofrecer lenguaje (hablar) no están necesariamente ligados de forma inseparable.
- Si el niño no realiza pausas naturales, el padre puede ofrecer una señal de alto y resumir en 2 o 3 palabras lo que ha escuchado, antes de darle al niño la oportunidad de continuar.

5.3 Reduciendo Demandas Emocionales

INDICACIONES COMUNES:

- Relación entre la severidad de la tartamudez del niño y emociones intensas.
- El niño, en general, tiene miedo de cometer errores o reacciona con sensibilidad frente a su tartamudez.
- La interacción entre el padre y el niño se caracteriza, en general, por un alto grado de emotividad. Esto genera activación/presión en el niño.
- Las reacciones del padre ante la comunicación del niño parecen agitadas, estresadas, ansiosas, preocupadas, etc.; esto se refleja en el niño.
- La reacción del padre (entorno) ante el comportamiento del niño está poco alineada con el temperamento del niño (*Desajuste*).
- Los padres evitan hablar de tartamudez con su hijo, a pesar de que todos son conscientes de su existencia y de que está generando dificultades para el niño. (*Conspiración del silencio*).

(Véase, entre otros, el análisis de la interacción en vídeo en los párrafos 1c; 3; 4b, f; 6a, b, c, d).

OBJETIVO:

El padre demuestra que escucha y observa al niño. Muestra con palabras y acciones que acepta al niño y su forma de hablar. Crea una base emocional calma, reduciendo los puntos de presión comunicativa para el niño. No todos los aspectos pueden traducirse en ejercicios; algunos se abordarán principalmente durante las sesiones con los padres. Sin embargo, también en estos casos, la terapeuta del habla procurará modelar, practicar y entrenar habilidades durante las sesiones.

POSIBLES CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO POR PARTE DEL PADRE:

- Aprender a mantener la calma en general (de forma preventiva) y a controlar sus propias emociones intensas en presencia del niño.
- Ofrecer estructura y, con ello, seguridad y previsibilidad. Muchos niños en edad preescolar se tranquilizan con la rutina y la previsibilidad (por ejemplo, regularidad en las comidas). Los padres pueden hacer visible la rutina semanal mediante gráficos con pictogramas. Los eventos especiales, como una fiesta de cumpleaños, pueden marcarse en el gráfico. De este modo, se establece y se muestra claramente la frecuencia y el momento en que se permite, creando un entorno más calmo.
- Comprender y reconocer el temperamento del niño y ajustar su reacción en consecuencia. El padre busca una “Buena Adecuación”, aprendiendo a valorar al niño por lo que es, en lugar de reaccionar sólo ante lo que hace.
- Controlar las emociones intensas del niño aprendiendo a reaccionar en dos pasos (véase el Anexo 5: Comunicar con Demandas Emocionales reducidas: dos pasos). Una emoción intensa en el niño suele regularse antes si se verbaliza con un tono de voz tranquilo y receptivo, dándole un poco de espacio (primer paso). Verbalizar esta emoción en forma de enunciado valida entonces las emociones fuertes (negativas) del niño. A continuación, se restablece la rutina habitual con una actitud calmada (segundo paso).
- Si el niño permanece atrapado en su estado emocional, por ejemplo, de ira, el padre o la madre puede decir en un tono de voz tranquilo y neutral que “necesita ir a su habitación, donde puede estar enojado todo lo que quiera.”

Es importante que el niño no sienta que se le envía a su habitación como castigo por expresar su enfado. Sin embargo, enviarlo a su habitación evita que su ira se vea reforzada por la atención que podría recibir en la situación social.

- Abstenerse de dar consejos sobre la forma en que el niño habla. Aunque bien intencionados, estos consejos suelen provocar que el niño reaccione con más tensión ante su tartamudez.
- Si el niño muestra una reacción emocional negativa en relación a su tartamudez (por ejemplo, miedo, frustración, enojo o impotencia), o claramente está luchando con su habla, el padre reacciona de forma receptiva y tranquila, sin emitir juicios (“Tu boca simplemente se quedó atascada”; “Hablar a veces puede ser muy difícil; eso le pasa a todo el mundo de vez en cuando”). El padre modela que tartamudear está permitido, creando un entorno amigable con la tartamudez.
- Modelar cómo afrontar un error de forma relajada (“Eso pasa”), para que el niño se presione menos a sí mismo cuando comete un error. Asegurarse de que la tartamudez no sea vista como un error.
- De vez en cuando, el padre hablará casualmente usando la misma tartamudez que hace el niño, con el objetivo de reducir la sensibilidad del niño hacia ella. Este ejercicio no siempre es comprendido de inmediato por los padres, y a veces ellos mismos son muy sensibles respecto a la tartamudez. Por ello, se recomienda hablar primero sobre la motivación de este cambio de comportamiento con los padres y practicarlo durante una sesión sin la presencia del niño.

5.4 Reduciendo Demandas Cognitivas

INDICACIONES COMUNES:

- El niño quiere “saberlo todo” y no deja de hacer preguntas.
- El padre formula preguntas que son relativamente complejas desde el punto de vista cognitivo.
- Se observa “discurso a demanda”: “Dile a fulanita qué...”; “¿Qué se dice?”
- El padre aplica un nivel de relación lenguaje/cognición más complejo de lo que parecería apropiado para la etapa de desarrollo del niño.
- El padre introduce regularmente nuevos temas y/o temas que están fuera del contexto del “aquí y ahora”.

(Véase, entre otros, el análisis de la interacción en vídeo en los párrafos 1d; 2a, b; 3; 4a, d, e; y 6c).

OBJETIVO:

Que el padre tome conciencia de las demandas cognitivas excesivas que se imponen al niño y modifique este comportamiento cuando sea necesario. La práctica clínica ha demostrado que las demandas cognitivas excesivas suelen inducir un mayor grado de tartamudez.

POSIBLES CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO POR PARTE DEL PADRE:

- Hacer una sola pregunta a la vez, cuya complejidad esté adaptada a la edad (de desarrollo) del niño y le dé suficiente oportunidad para responder.

- Formular la pregunta de manera que el niño se sienta libre de comentar o no: “Mmm, déjame pensar, me pregunto qué habrán hecho hoy los niños en la escuela... creo que pintaron.” El niño puede decidir si retoma este “hilo comunicativo” o si lo deja pasar.
- Tratar de evitar en lo posible el “discurso a demanda” y reemplazarla por enunciados. El “discurso a demanda” es un tipo de pregunta relativamente compleja, aunque los padres tienden a no reconocerla como tal: “Cuéntale a mamá lo que hiciste hoy en la escuela”; “Dile a papá lo que me contaste sobre la niña de tu clase.” La presión comunicativa es mucho menor cuando el padre utiliza enunciados y hace pausas más largas. La madre podría comenzar, por ejemplo, diciendo: “Josie me contó algo divertido que hizo hoy en la escuela, papá...”. Si a esto le sigue una pausa prolongada, el niño puede intervenir o no. El padre también podría añadir algo como: “Tenía que ver con unos botes de pintura...”, dando nuevamente al niño la oportunidad de retomar la historia o dejarla pasar.
- Seguir la iniciativa del niño con total atención, en lugar de sugerir nuevos temas y pedirle al niño que les preste atención. De este modo, el padre sintoniza con el niño y se relaciona con él a su nivel.
- Conversar con el niño durante el juego y leer libros con él que sean apropiados para su nivel de relación entre lenguaje y cognición. Esto también se aplica a la forma de responder a sus preguntas. Un niño en edad preescolar generalmente solo necesita conocer los aspectos principales, no todos los detalles.

5.5 Transferencia de la Reducción de Demandas durante la Fase 1

En el párrafo 4.3 se trataron tres niveles de práctica en la terapia. El padre aprende a reducir las Demandas, primero durante las sesiones de terapia, luego durante los Tiempos Especiales y, finalmente, en la comunicación diaria. Este proceso es gradual, ya que el cambio requiere atención. Si el padre ha aprendido a reducir una Demanda durante la sesión de terapia —por ejemplo, articular más espacio—, *primero* aplicará correctamente esta modificación durante el Tiempo Especial. Una vez que haya comenzado a hacerlo, el siguiente paso será reducir esa Demanda en una situación cotidiana fija. Se discute con el padre cuál sería una situación diaria adecuada como primera opción. Algunos ejemplos son: al vestir al niño por la mañana, al acostarlo, en el baño, durante el trayecto a la escuela, en el almuerzo o en las comidas. El número de situaciones en las que el padre se comunica utilizando la modificación se va ampliando de manera gradual.

Cuando se practica una *nueva* modificación del comportamiento durante la sesión de terapia, esta se añade al cambio ya dominado durante el Tiempo Especial. Un ejemplo sería aprender a insertar tiempos de interacción generosos manteniendo una articulación lenta. En ese caso, el ritmo lento ya se ha implementado en una o más situaciones cotidianas, pero aún no los tiempos de interacción generosos. Su implementación se practica primero durante el Tiempo Especial, cuando el padre puede prestarle toda su atención.

Una vez que se domina el nuevo comportamiento, el padre comenzará a aplicarlo también en su conducta comunicativa con el niño en la(s) situación(es) diaria(s) seleccionada(s), fuera de los 15 minutos de Tiempo Especial. En estas situaciones cotidianas, el padre usará, por ejemplo, tanto un ritmo de articulación lento como tiempos de interacción generosos. Esto permitirá liberar los Tiempos Especiales para comenzar a practicar un nuevo elemento. Este nuevo elemento es elegido por el logopeda en función de las indicaciones específicas del niño y se aprende y practica nuevamente como un *complemento*. Por ejemplo, podría tratarse de un número más equilibrado de turnos en la conversación.

6

Fase II: incrementando las Capacidades del niño

Una vez que se ha logrado una reducción progresiva de todas las Demandas relevantes y se ha establecido un Entorno de Apoyo a las Capacidades (EAC), en la Fase II se puede pasar a reforzar las Capacidades del niño. La Fase II se inicia si aún no se ha alcanzado un equilibrio óptimo entre las Capacidades del niño y las Demandas del entorno, o si el niño todavía no puede comunicarse con facilidad tras completar la Fase I. El objetivo de la Fase II sigue siendo lograr una comunicación sin obstáculos (con o sin tartamudez) y constituye la base de la terapia: todos los ejercicios se centran en este objetivo.

Nota: El Entorno de Apoyo a las Capacidades —el resultado final de la Fase I— sigue siendo la base del tratamiento durante la Fase II: todos los ejercicios dirigidos a aumentar las Capacidades del niño se realizan dentro del marco del EAC. La terapeuta del habla sigue siendo un modelo para los padres. Por lo tanto, este aspecto sigue siendo *un componente recurrente* de cada sesión de tratamiento durante la Fase II.

Además, el orden fijo en el que se abordan los cuatro dominios permanece sin cambios en la Fase II: Motor, Lingüístico, Emocional y Cognitivo. Sin embargo, en la Fase II, no es necesario completar un dominio antes de pasar al siguiente. Por ejemplo, bien puede ser necesario entrenar las habilidades motoras del habla durante un período prolongado. En ese caso, estas pueden abordarse de forma más breve durante la sesión de tratamiento propiamente dicha. Al mismo tiempo, junto a estos ejercicios en el dominio Motor, se puede comenzar a trabajar en el refuerzo de las habilidades lingüísticas del niño cuando sea necesario. O se pueden comenzar a abordar las Capacidades Emocionales, mientras también se dedica parte de la sesión a entrenar nuevos niveles de EMH y, si es necesario, al entrenamiento de habilidades lingüísticas. En la Fase II, nuevamente, solo se abordan aquellas indicaciones específicas del niño, mientras no se haya alcanzado un equilibrio óptimo.

Finalmente, la estructura de las sesiones de tratamiento durante la Fase II es, por regla general, similar a la de las sesiones en la Fase I: la terapeuta del habla modela un ejercicio mientras el padre observa y toma notas en el cuaderno de registro; luego, se le da al padre la oportunidad de practicar el ejercicio mientras la terapeuta del habla observa y proporciona retroalimentación constructiva (si es necesario). Cuando el padre ha dominado el ejercicio, este se repite en casa.

6.1 Incrementando las Capacidades Motoras del niño

POSIBLE INDICACIÓN:

- La prueba OMAS (Riley & Riley, 1985) ha revelado habilidades motoras del habla inadecuadas. Los resultados del Computer Articulation Instrument (CAI, Maassen y otros, 2019) respaldan esta conclusión.

OBJETIVO:

Mejora de la planificación y ejecución motora del habla, evidenciada por una mayor precisión, fluidez y velocidad en los movimientos del habla. .

MÉTODO:

Las habilidades motoras del habla se entrenan utilizando el Entrenamiento Motor del Habla (EMH; Riley & Riley, 1985; 1999). El OMAS y el EMH están disponibles en el sitio web de RESTART-DCM para las terapeutas del habla que hayan asistido al taller.

Tan pronto como ambos padres y el niño sean capaces de realizar correctamente el ejercicio durante la sesión de tratamiento, lo practican luego dos veces al día, en casa y todos los días, durante 2 x 5 minutos. Durante esta fase, los Momentos Especiales son opcionales.

6.2 Incrementando las Capacidades Lingüísticas del niño

POSIBLES INDICACIONES BASADAS EN LA EVALUACIÓN Y LAS OBSERVACIONES DE LA FASE I:

- Existe un retraso o trastorno del desarrollo del lenguaje. Esto solo se aborda como parte del enfoque RESTART-DCM cuando interfiere con la capacidad del niño para comunicarse (por ejemplo, cuando otras personas tienen dificultades para entender el habla del niño).
- Existe un desequilibrio en el perfil lingüístico: una diferencia significativa en uno o dos componentes del lenguaje (comprensión de oraciones, comprensión de palabras, producción de oraciones, producción de palabras, producción de sonidos) en comparación con los demás componentes. El manual del test indicará a veces en qué punto una diferencia es estadísticamente significativa. Si no lo hace, mantenemos como referencia una diferencia de 0.7 desviaciones estándar (11 puntos de cociente).
- Existe una disponibilidad tardía de palabras o estructuras oracionales durante el habla espontánea. Una disponibilidad tardía de la forma de la palabra puede manifestarse en disfluencias lingüísticas normales, como: /pada, pada, paraguas/. Una disponibilidad tardía de la palabra en su totalidad (léxico-semántica) puede evidenciarse mediante una prueba (Renfrew, 1997) o a través de observaciones del habla espontánea — pausas largas (de relleno) antes de una palabra contenido — o a partir de descripciones o comentarios del propio niño, por ejemplo: “Mi cabeza lo sabe, pero mi boca no”. La disponibilidad tardía o los problemas en la planificación de la estructura gramatical pueden estar indicados por pausas largas (rellenas), repeticiones de palabras o partes de la oración, reformulaciones o arranques fallidos.
- Se observan problemas fonológicos. Esto solo se aborda como parte del enfoque RESTART-DCM cuando interfiere con la capacidad del niño para comunicarse (por ejemplo, cuando otras personas tienen dificultades para entender el habla del niño).
- El niño apenas hace uso de pausas naturales (puntos o comas imaginarios).

GOAL:

Ampliar y alcanzar un equilibrio en las habilidades del lenguaje, en la medida en que estas parezcan afectar el comportamiento; enseñar al niño estrategias de afrontamiento si estas pueden contribuir a lograr un equilibrio óptimo entre Capacidades y Demandas.

MÉTODO:

Estas habilidades del lenguaje se practicarán en casa durante los Momentos Especiales —mínimo 5 días a la semana. Se presta especial atención a que el entrenamiento de las Capacidades Lingüísticas no implique un aumento de las Demandas. Se recomienda un sobreentrenamiento de una habilidad antes de abordar un nuevo aspecto.

Nota: parte de los Momentos Especiales (una breve sesión de 5 minutos) puede destinarse a trabajar en el avance del EMH.

- Eliminar un posible desequilibrio en el perfil lingüístico del niño (por ejemplo, una comprensión de palabras relativamente débil) mediante una estimulación lingüística adecuada.
- Mejorar o automatizar la producción de oraciones a través de la automatización de estructuras oracionales relevantes mediante el juego (TenT, Schlichting & De Koning, 1998; en inglés: BEST, McKean, Pert & Stow, 2012).
- Mejorar la recuperación léxica mediante el entrenamiento de habilidades de recuperación de palabras (incluyendo la práctica de categorías semánticas y/o el aprendizaje del uso de claves fonológicas) y mediante el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, como la descripción (por ejemplo: “la cosa esa para...”).
- Utilizar el juego (habla con semáforo o habla con la parada del autobús) para enseñar al niño a hacer pausas en oraciones largas y al contar historias. En la Fase I, esto se facilitaba por medio del padre (Demandas reducidas – Dominio Lingüístico). Si el niño aún no inserta las pausas sin la intervención del adulto, esta habilidad se le enseñará de forma directa.
- La mejora de las habilidades fonológicas se aborda con precaución, ya que un crecimiento rápido en estas habilidades se asocia con la tartamudez persistente (Paden y otros, 2002). Por lo tanto, este objetivo terapéutico se pospone hasta que el niño pueda expresarse sin sentirse limitado por la tartamudez, salvo que esté experimentando un impedimento (frustración, inteligibilidad, inicio del aprendizaje de la lectura). Métodos adecuados son, por ejemplo, Hodson & Paden (Hodson & Paden, 1991) y Metaphon (Dean, Howell, Waters & Reid, 1991), que hacen un fuerte énfasis en el entrenamiento visual y auditivo, y en la provocación dentro de contextos facilitadores. Nunca se estimula directamente la producción de sonidos, por ejemplo, “exagerando el sonido” con presión articulatoria intensificada.

6.3 Incrementando las Capacidades Emocionales del niño

POSIBLES INDICACIONES BASADAS EN LA EVALUACIÓN Y LA FASE I:

- El niño es extremadamente sensible con respecto a su habla y/o a la tartamudez.
- El niño presenta un temperamento reactivo y bajas habilidades de autorregulación emocional, lo cual se asocia con una tartamudez más frecuente o más intensa.

OBJETIVO:

El niño desarrollará una actitud calmada y relajada hacia el habla/tartamudez; aprenderá a reconocer y regular emociones o sensaciones intensas que mantienen la tartamudez (mediante provocación o refuerzo).

MÉTODO:

La terapeuta del habla “traduce” los objetivos, en la medida de lo posible, en ejercicios concretos. Después de practicar los ejercicios con el niño, crea momentos dentro de las sesiones en los que estos se practican con el padre. Algunos ejercicios se repiten durante los Momentos Especiales —mínimo 5 veces por semana; otros ejercicios están pensados como herramientas para situaciones cotidianas en el hogar.

Nota: los cambios en el dominio Emocional a menudo se apoyan al modelar *pensamientos* expresados en voz alta. Esto puede difuminar la línea entre los dominios Emocional y Cognitivo. El *enfoque* del ejercicio (ya sea que busque modificar una emoción o una cognición) determina, en este caso, el dominio al que se asigna el aspecto que se quiere modificar.

- Desensibilización frente a la experiencia de tartamudear. A pesar del modelado por parte del padre de tartamudez relajada (reducción de las Demandas, dominio emocional), el niño continúa mostrando ansiedad o frustración ante el habla/tartamudez. Podemos distinguir tres pasos.
 1. La terapeuta del habla produce tartamudez que se asemeja a la del niño. Al principio, la terapeuta del habla utilizará la misma entonación y expresión facial para mostrar una reacción emocional similar a la del niño, aunque el foco esté en sus propias palabras. Por ejemplo: “Uf, ese fue un gran bloqueo; mi boca se quedó completamente atascada”. Después de una breve pausa, pero dentro del mismo turno de habla, la terapeuta del habla continúa hablando consigo misma en voz alta —lo que se conoce como self-talk— ofreciendo un cambio de foco que neutraliza la emoción negativa subyacente. La terapeuta del habla podría decir: “Pero qué bien que seguí hablando, porque ahora todos saben lo que quería decir”. Durante todo este proceso, el niño puede observar tranquilamente a la terapeuta del habla, sin verse abrumado por su propia emoción.
 2. En un momento posterior de la sesión, se puede hacer un comentario en voz calmada sobre una tartamudez producida por el niño (“Vaya, ahora tu boca se atascó un poco, igual que a mí hace un momento. Bueno, a veces hablar puede ser difícil”). Poco a poco, si es necesario, la terapia puede avanzar hacia:

3. Un juego en el que la terapeuta del habla (y/o el padre) y el niño insertan tartamudez de forma intencionada al hablar, reforzando una actitud neutral y tolerante hacia la tartamudez. Esto introduce el concepto Cognitivo de que “no pasa nada por tartamudear” a nivel de dominio.
- Durante la Fase I, los padres aprendieron a contener y desviar las emociones intensas del niño (véase, entre otros, el Anexo 5). En la Fase II, el foco se desplaza hacia la enseñanza de habilidades al niño para que pueda regular sus emociones por sí mismo. Utilizamos el siguiente procedimiento paso a paso:
 1. El niño aprende qué son las emociones y a hablar sobre ellas. Existen abundantes materiales terapéuticos, así como numerosos libros ilustrados que pueden servir como introducción.
 2. El niño aprende a reconocer y verbalizar emociones —primero, las de otras personas (la terapeuta del habla, los padres, el hermano, la hermana...) y luego las propias. Solo cuando el niño haya dominado este paso estará preparado para continuar con el paso 3.
 3. El niño aprende a contener una emoción que es demasiado intensa. En la práctica, esto se refiere generalmente a aprender a manejar la frustración y la ira. Opciones:
 - a. Señalar al niño una habilidad que ya haya adquirido. Por ejemplo, la terapeuta del habla dice: “Mamá, ¿viste eso? Marc no logró atarse los cordones y no se enojó. Fue con papá y le pidió ayuda. Fue muy inteligente de su parte pensar en un nuevo plan cuando algo no le salía. Así no hace falta quedarse enojado.” Pero sin dirigirse directamente al niño, de modo que él pueda procesar esta verbalización sobre cómo autorregularse sin sentirse presionado.
 - b. La terapeuta del habla también puede, tal como se describió anteriormente en relación con las emociones que surgen al tartamudear, mostrar la emoción negativa de la misma manera que lo haría el niño y luego utilizar el habla interna en voz alta (self-talk) para modelar cómo soltar esa emoción.
 4. Durante el paso final, la terapeuta del habla crea momentos dentro de una sesión de tratamiento en los que se evoca una emoción específica en el niño. Luego, recorre junto con el niño los pasos necesarios para regular esa emoción.

6.4 Incrementando las Capacidades Cognitivas del niño

INDICACIONES:

- El niño muestra un comportamiento inadecuado en la toma de turnos, a pesar de la orientación por parte de los padres (Fase I).
- El niño da la impresión de ser perfeccionista en general, o en lo relacionado con su habla/tartamudez.
- El niño presenta una baja conciencia metalingüística.

OBJETIVO:

Aprender conceptos adecuados para la edad que favorezcan una comunicación fluida y despreocupada y, en consecuencia, con menos estrés.

MÉTODO:

Tan pronto como el padre haya adquirido un dominio suficiente de un ejercicio, este debe practicarse de forma individual durante los Momentos Especiales en casa, al menos 5 días a la semana, posiblemente en combinación con ejercicios de otros dominios.

- Se enseña el concepto de toma de turnos/reglas del habla (Conture, 2001):
 - Escucha cuando otras personas están hablando (orejas abiertas)
 - No hables fuera de turno (espera tu turno)
 - No interrumpas a los demás (boca cerrada)

El primer paso puede consistir en juegos en los que los turnos dentro del juego estén vinculados a los turnos en el habla. También aquí, la terapeuta del habla modela cómo aprender las reglas: comienza hablando fuera de turno, se detiene a sí misma, luego utiliza el *habla interna* en voz alta para recordarse la regla del habla y se felicita por haber sido lo suficientemente lista como para esperar su turno. El padre primero observa, pero comienza a participar lo antes posible y a asumir el rol de terapeuta del habla. Las veces que el niño espera, incluso si son solo unos segundos, se señalan de inmediato por parte de la terapeuta del habla y se verbalizan de forma positiva.

También puede ocurrir lo contrario: que el niño sea interrumpido constantemente cuando es su turno de hablar. La terapeuta del habla modela, verbaliza e invita al niño —primero junto con ella y luego solo— a pedir que se le devuelva su turno.

- Siguiendo los pasos descritos a continuación, el niño aprende que hablar con tartamudez es una forma perfectamente válida de hablar.
- El niño aprende que “se permiten los errores”, que nadie es excelente en todo. Estos aspectos se abordaron previamente en el dominio emocional con la intención de “aliviar” la emoción negativa. Aquí, el foco está en el *concepto* (cognitivo). Una vez más, la terapeuta del habla crea una oportunidad de práctica basada en un procedimiento paso a paso.
 1. La terapeuta del habla parte del pensamiento negativo del niño utilizando *habla interna* en voz alta para que el niño pueda escuchar.
 2. La terapeuta del habla modela un razonamiento hacia un nuevo concepto —también en voz alta, mediante *habla interna*.
 3. La terapeuta del habla proporciona otros contextos (creados) en los que, *junto con el niño*, se practica la misma técnica de razonamiento.
- El niño aprende conceptos que le permiten “hablar acerca de hablar”. Por ejemplo: lento <-> rápido, fácil <-> difícil, etc., mediante la realización de actividades de forma rápida o lenta, con esfuerzo o con facilidad, y a partir de ahí, traduciendo la experiencia mental y física de hacerlo al proceso del habla y a la producción de palabras. A continuación, estos conceptos se vinculan de forma más directa, junto con el niño, al comportamiento del habla. El niño experimenta cómo el habla y la tartamudez no tienen por qué seguir patrones fijos. De manera lúdica, el niño aprende que puede ejercer cierto control sobre ello, y cómo puede convertir el habla y la tartamudez en una actividad fácil o más fácil. Si el niño logra vivir esta experiencia con regularidad —gracias a una práctica suficientemente frecuente y lúdica— será más probable que recurra a este nuevo control aprendido, de forma consciente o inconsciente, por iniciativa propia.

La intención no es, en absoluto, que el entorno del niño *espere* que él aplique este comportamiento del habla en su vida diaria. La idea es observar si, tras haber vivido esta experiencia durante las sesiones de práctica, el niño empieza a emplear espontáneamente estos otros comportamientos del habla, más fáciles, en la vida cotidiana.

Mantener una actitud tolerante hacia la tartamudez en todo momento sigue siendo de máxima importancia: *¡se permite tartamudear!* Garantizar que el niño mantenga una actitud positiva hacia la comunicación sigue siendo fundamental.

MÉTODO:

Se practican diferentes patrones del habla mediante el juego —por ejemplo, un poco más lento, con un poco menos de tensión, con movimientos articulatorios ligeramente más marcados. Estos comportamientos del habla se practican exclusivamente en forma de juego —incluso en casa, durante los Momentos Especiales individuales de 15 minutos o con toda la familia. Por lo tanto, en la vida cotidiana nunca se le pide al niño que utilice uno de estos comportamientos para tartamudear menos o para “ocultar” la tartamudez. El padre puede participar en distintos momentos: puede practicar junto con el niño desde el principio, o bien el niño aprende primero las modificaciones con la terapeuta del habla mientras el padre observa, en cuyo caso el niño, por así decirlo, “enseña” las modificaciones al padre. En casa, esto incluso puede practicarse en forma de un juego familiar.

- Practicar variaciones de *tartamudez* como un juego, utilizando el modelo de la terapeuta del habla: tartamudeo relajado versus tenso, repeticiones versus prolongaciones/bloqueos, repeticiones únicas versus múltiples, sonidos deslizantes versus múltiples repeticiones, etc.
- Practicar variaciones de *habla* como un juego, también utilizando el modelo de la terapeuta del habla: practicar variaciones en la velocidad, el volumen, la entonación y la melodía. Esto incluye que la terapeuta del habla también inserte tartamudez, a veces más, a veces menos, para evitar transmitir de manera no intencionada al niño o a los padres el mensaje de que “esta es una forma mejor (más fluida) de hablar”. Esto puede hacerse, por ejemplo, insertando tartamudez durante un habla lenta, y no hacerlo durante un habla rápida. Deben ofrecerse diferentes combinaciones.
- Las variaciones se eligen en función del tipo de tartamudez que produce el niño, con el fin de que se alineen, en la medida de lo posible, con la experiencia del niño respecto a su tartamudez o con una forma de hablar o tartamudear más fácil. El tipo de juego y el tipo/grado de cambio se adaptan al nivel de desarrollo del niño.



Reducción progresiva de la terapia

INDICACIÓN:

Cuando se haya alcanzado el objetivo: un equilibrio óptimo entre las Capacidades del niño y las Demandas que se le imponen en la comunicación, lo que le permite expresarse con la mayor facilidad posible (con o sin tartamudez). Este es un punto de discusión entre los padres y la terapeuta del habla, y a veces también con el niño. El momento en que se alcanza este equilibrio puede ocurrir en cualquier fase del proceso terapéutico (durante o después de la Fase I o II).

OBJETIVO:

Que los padres sean capaces (al menos temporalmente) de continuar de forma autónoma con los cambios en el comportamiento del habla aprendidos (manteniendo el ambiente facilitador de capacidades AFC); y que sepan qué hacer en caso de una recaída hacia un desequilibrio —cuando el niño se exprese con menor facilidad—, y conozcan los criterios para volver a contactar con la terapeuta del habla.

MÉTODO:

- Se enseña a los padres a reducir gradualmente el comportamiento del habla modificado para una comunicación sin obstáculos —el AFC— introducido durante la terapia, si la estabilidad de la tartamudez (parcialmente) extinguida del niño lo permite. También se les enseña a reintroducir estos cambios conductuales (de forma rigurosa) en caso de una recaída en la tartamudez, o de manera preventiva, si los padres prevén que esto podría ocurrir (por ejemplo, ante un cambio importante como el inicio escolar). Durante la sesión de tratamiento, se introduce brevemente —quizá durante 2 minutos— un elemento que genere presión, como reducir los tiempos de latencia de respuesta, con el fin de desensibilizar al niño, por así decirlo, al nivel normal de presión en la comunicación. De este modo, la comunicación se irá normalizando progresivamente.
- Los padres irán tomando cada vez más decisiones por sí mismos respecto a las intervenciones específicas (cambios conductuales) y serán capaces de actuar en consecuencia. Aprenden a ser flexibles a la hora de reducir y normalizar (de forma consciente) las Demandas.
- La terapeuta del habla y los padres elaboran juntos un plan de prevención de recaídas específico para el niño. Este también incluye los criterios para volver a contactar con la terapeuta del habla. En general, estos criterios incluyen: (1) cuando los padres están inseguros (algo no va bien); (2) si se han producido dos períodos de aumento en la tartamudez; (3) si el niño continúa sintiéndose limitado por su tartamudez, a pesar de las intervenciones ya iniciadas por los padres.
- La frecuencia de las sesiones de terapia se va reduciendo en consulta con los padres. Algunos padres necesitan más tiempo y seguimiento que otros. Todos los procedimientos sobre cómo actuar en caso de recaída se anotan en el cuaderno de seguimiento.

En algunos casos, la terapia puede finalizar de forma anticipada. Esto puede ocurrir por iniciativa de los padres:

- Han surgido circunstancias que hacen que este ya no sea el momento adecuado para la terapia.
- Los padres tienen preferencia por otro método.
- Los padres ya no consideran necesario recibir ayuda, etc.

La terapeuta del habla también puede proponer la finalización anticipada de la terapia:

- A pesar del apoyo proporcionado a través de la terapia, los padres no pueden o no están dispuestos a aplicar el tratamiento requerido en casa o a realizarlo correctamente.
- La terapeuta del habla y los padres acuerdan cambiar a otro método porque, a pesar del esfuerzo realizado por ambas partes, no se observa un progreso suficiente en la extinción del comportamiento de tartamudez y/o en el avance hacia una comunicación del niño sin obstáculos.

Siempre que sea posible, la terapia debe concluirse de manera neutral, para dejar abierta la posibilidad de retomarla en otro momento y/o usando un método distinto.

EN CONCLUSIÓN

La Metodología RESTART-DCM es un enfoque de tratamiento diseñado para niños preescolares que tartamudean. No todas las terapias son igualmente adecuadas para todos. El tratamiento elegido nunca debe convertirse en un fin en sí mismo. La personalización sigue siendo el elemento más importante para dar al niño lo mejor que los terapeutas pueden ofrecerle.

References³

- Conture, E.G. (2001). *Stuttering. Its nature, diagnosis and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- de Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., Franken, M.C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLoS ONE* 10(7): e0133758. doi:10.1371/journal.pone.0133758.
- Dean, E.C., Howell, J., Waters, D. & Reid, J. (1995). Metaphon: A metalinguistic approach to the treatment of phonological disorder in children. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 9:1, 1–19.
- Franken, M.C., Oonk, L.C., Bast, B.J.E.G., Bouwen, J., De Nil, L. (2024). Erasmus clinical model of the onset and development of stuttering 2.0. *Journal of Fluency Disorders*, Jun;80:106040. doi: 10.1016/j.jfludis.2024.106040.
- Hodson, B., Paden, E. (1991). *Targeting intelligible speech: A phonological approach to remediation*. 2. Austin, TX: Pro-Ed/College Hill.
- Koenraads, S., Stipdonk, L., Rietveld, T., M.C. Franken (2025). *Long-term, multiple outcomes of the RESTART randomized trial comparing Restart-DCM treatment and the Lidcombe Program*. Article in preparation.
- Maassen, B., Van Haaften, L., Diepeveen, S., Terband, H., Van den Engel-Hoek, L., Veenker, T., & De Swart, B. (2019). *Computer Articulation Instrument*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- McKean, C., Pert, S., Stow, C. (2012). *Building Early Sentences Therapy (BEST): A Home Language Intervention Programme for Young Children with Severe Language Difficulties*. Newcastle upon Tyne, UK: Newcastle University.
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., et al. (2023). *The Lidcombe Program treatment guide*. <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2023-01/Lidcombe%20Program%20Treatment%20Guide%202022%20v1.4.%202023-01-26.pdf>
- Paden, E.P., Ambrose, N.G., Yairi, E. (2002). Phonological progress during the first 2 years of stuttering. *J Speech Lang Hear Res*. Apr; 45(2):256–67.
- Renfrew, C. E. (1997). *Renfrew language scales / Action picture test*. Bicester, Oxon: Speechmark.
- Riley, G.D. (2009). *Stuttering severity instrument*. (4th ed.) Austin, TX: Pro-Ed.
- Riley, J., Riley, G. (1985). *Oral Motor Assessment and Treatment. Improving Syllable Production*. Austin, Texas: Pro-ed.
- Riley, J., Riley, G. Speech Motor Training (1999). In: Onslow M, Packman A, eds. *The handbook of early stuttering intervention*. San Diego: Singular Publishing Group, 1999:139–158.
- Schlichting, L. & Koning, T. de (1998). *TenT. Taalachterstand en Taalverwerving. Een programma voor kinderen met een grammaticale achterstand*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

³ En los talleres RESTART-DCM se ofrece una lista de referencias más extensa.

Starkweather, C.W. (1987). *Fluency and Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.

Starkweather, C.W. & Franken, M.C. (1991). Preventie van stotteren en vroegtijdige interventie bij zeer jonge stotteraars. In: *Preventie en vroege interventie bij spraak-, taal-, en hoorstoornissen*. H.F.M. Peters and C.W. Starkweather (red.), p.93–135. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger.

Starkweather, C.W. & Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering*. Austin, TX: Pro-ed.

Starkweather, C.W., Ridener Gottwald, S. & Halfond, M.M. (1990). *Stuttering Prevention. A clinical method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Vanryckeghem, M., Brutten, G.J. (2007). *Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter*. (KiddyCAT) San Diego, CA: Plural Publishing.

Yairi, E., Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. *J Speech Lang Hear Res.* 1999;42(5):1097–1112.



Anexos

Método RESTART-DCM 2025

ANEXO 1

Formulario de interacción padre-hijo de Restart-DCM

Comportamiento desfavorable en cursiva

Comportamientos comunicativos observados		Juego libre	Armando un rompecabezas
L L E C	1. Preguntas del padre al hijo a. pocas / muchas b. abiertas / cerradas c. en tono autoritario, o con poco tiempo para que el niño responda d. adecuadamente en sintonía/dentro del contexto actual		
L/C L/C M M	2. Comportamiento para la toma de turnos a. número equilibrado de turnos – proporción de número de turnos padre-hijo b. duración uniforme de los turnos padre-hijo – proporción de número de enunciados por turno padre-hijo c. hablar simultáneamente / interrumpir – el padre interrumpe - el niño interrumpe d. los tiempos de interacción son muy cortos – el padre inicia muy rápido - el niño inicia muy rápido		
E	3. Respuesta del padre a la tartamudez a. Reacción verbal negativa a la tartamudez del niño b. Reacción no-verbal negativa a la tartamudez del niño (los padres miran hacia otro lado, aguantan la respiración, se tensan, etc.) c. Reacción neutral y empática		
L/C E M C/L C/L E	4. Comportamiento lingüístico del padre(s) a. introduce un nuevo tópico b. corrige el comportamiento verbal del niño c. realiza declaraciones que incrementan la presión del tiempo d. el contenido está en sintonía con la expresión anterior del niño (léxicamente redundante) e. la forma está en sintonía con la expresión anterior del niño (gramaticalmente redundante) f. se compromete en el habla paralela		
M	5. Velocidad de articulación Promedio calculado a través de al menos 5 expresiones: Transcribir por completo y medir con cronómetro Padre _____ sílabas/seg Madre _____ sílabas/seg Niño _____ sílabas/seg Hermano _____ sílabas/seg		
E E E E C	6. Otros comportamientos por parte de los padres a. ignorar el comportamiento indeseable del niño o prestarle atención negativa b. mostrar acción <i>directiva</i> /no <i>directiva</i> ('tono') c. animar al niño d. estimular el autoestima del niño e. mantener un nivel adecuado de juego/ juego cooperativo		

M = Motor del habla, L = Lingüístico, E = Emocional, C = Cognitivo

ANEXO 2

Formulario de evaluación general

CASO _____ FECHA _____ TERAPEUTA _____

DESCRIPCIÓN DEL CASO BASADA EN LA ENTREVISTA DE ANAMNESIS	
Información personal	Nombre: Edad: Género: Familia: Ocupación de los padres: Escolaridad/nivel:
Antecedentes del niño - en general	Desarrollo motor: Enfermedades: Audición: Tratamientos en general: Problemas físicos:
Antecedentes del niño - específicos	Inicio del desarrollo del habla y lenguaje: Curso: Inicio de la tartamudez (edad): Posible(s) causa(s): Curso posterior al inicio: Antecedentes familiares: (transitorio/ persistente) Severidad actual: (escala de puntuación 8) Patrón estable / variable: Consciencia de la tartamudez: Factores ambientales: Terapia del habla anterior (relacionada con tartamudez u otros problema del habla-lenguaje): Otros datos significativos:

ANEXO 2

CASO _____ FECHA _____ TERAPEUTA _____

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	
Tartamudez	<p>Descripción de la tartamudez, tipos de disfluencias, comportamientos secundarios:</p> <p>SSI-4: Puntuación _____ = muy leve / leve / moderada / severa / muy severa</p> <p>Impacto de la tartamudez: niño: ninguno/ muy leve / leve / moderado / severo / muy severo</p> <p>padres: ninguno/ muy leve / leve / moderado / severo / muy severo</p>

DATOS DE LA EVALUACIÓN DE LAS CAPACIDADES			
Resultados de pruebas, cuestionarios, observaciones estandarizadas, etc.			
Dominio Motor	Dominio Lingüístico	Dominio Socio-emocional	Dominio Cognitivo
Puntuación OMAS: _____ Velocidad de la articulación: niño: _____ síl/seg Más información:	Puntuación de pruebas: • comprensión de frases _____ • comprensión de palabras _____ • producción de frases _____ • producción de palabras _____ • fonología _____ Bien balanceado / desbalanceado perfil lingüístico: Más información:		

DATOS DE LA EVALUACIÓN DE LAS DEMANDAS EXTERNAS			
Resultados de pruebas, cuestionarios, observaciones estandarizadas, etc.			
Dominio Motor	Dominio Lingüístico	Dominio Socio-emocional	Dominio Cognitivo
Velocidad de la articulación: • madre: _____ síl/seg • padre: _____ síl/seg • hermanos: _____ síl/seg Más información:			

ANEXO 2

CASO _____ FECHA _____ TERAPEUTA _____

PLAN DE TRATAMIENTO	
Objetivos	FASE 1 DEMANDAS EXTERNAS dominios MLEC: <p style="text-align: center;">M L E C</p>
	FASE 2 CAPACIDADES dominios MLEC: <p style="text-align: center;">M L E C</p>
Materiales:	
Métodos:	

ANEXO 3

Iniciando la Terapia RESTART-DCM: información para padres

RESTART-DCM es un método de tratamiento para niños que tartamudean. La terapia se basa en un modelo denominado Modelo de Demandas y Capacidades (MDC). A continuación explicamos lo que esto significa. RESTART es el nombre del proyecto de investigación llevado a cabo sobre este tratamiento, a través del cual hemos podido conocer exactamente cómo funciona. En este folleto respondemos a las tres preguntas que suelen plantearse los padres: ¿por qué mi hijo tartamudea, cómo puedo ayudarlo y qué puedo esperar del tratamiento?

¿Por qué mi hijo tartamudea?

Los científicos saben mucho sobre la tartamudez, pero aún no pueden explicar con exactitud sus causas. La mayoría cree que la tartamudez se debe a un problema en la forma en que el cerebro controla los músculos del habla. Alrededor del 8% de los niños de entre 2 y 5 años tartamudean. Esto suele ocurrir porque es un periodo en el que los niños aprenden muchas palabras nuevas y empiezan a hacer frases más largas. Tienen muchas cosas que decir, pero a veces su habla no puede seguirles el ritmo. Esto puede provocarles que tartamudeen.

El Modelo de Demandas y Capacidades

El Modelo de Demandas y Capacidades se centra en dos aspectos: las capacidades del niño para hablar sin mucho esfuerzo y las demandas relacionadas con el habla.

- **Capacidades:** Son las habilidades que necesita un niño para hablar con facilidad. Por ejemplo, la capacidad del niño para mover la boca correctamente al hablar o elegir las palabras adecuadas. A medida que el niño crece, estas capacidades se van fortaleciendo.
- **Demandas:** Son las cosas que pueden resultar difíciles para un niño al hablar. A veces, los niños quieren decir mucho de una vez o utilizar frases complicadas, y esto puede ser demasiado exigente para su habla en ese momento. Los adultos hablan más deprisa que los niños pequeños y, a veces, con menos pausas entre turno y turno. Estos son factores que aumentan la probabilidad de tartamudez.

Si las capacidades del niño no crecen con la suficiente rapidez, puede intentar decir algo que todavía no es plenamente capaz de hacer. En ese caso, se altera el equilibrio entre lo que el niño es capaz de hacer y lo que se exige de sus capacidades, y se produce la tartamudez.

¿Qué pueden hacer los padres?

Los padres siempre quieren lo mejor para sus hijos, y ese es sin duda el caso cuando su hijo tartamudea. En la terapia RESTART-DCM, el terapeuta del habla ayuda a

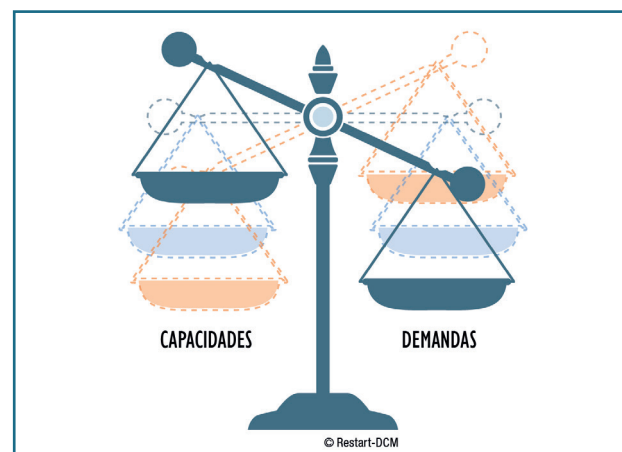
los padres a lograr un buen equilibrio entre lo que su hijo puede hacer y lo que se le exige.

Los padres no son la causa de que su hijo tartamudee. En realidad, pueden ayudar a que el habla sea más fácil. El terapeuta del habla enseñará a los padres, por ejemplo, a hablar con su hijo con más calma, haciendo más pausas, y a ayudarlo a gestionar sus emociones. Esto ayuda al niño a comunicarse más fácilmente.

Más adelante, en el curso de la terapia, el terapeuta del habla y el niño practican juntos ejercicios de habla y vocabulario destinados a reforzar las capacidades del niño. A continuación, los padres también los practican en casa con su hijo. La forma en que los padres interactúan con su hijo es muy importante para el éxito del tratamiento.

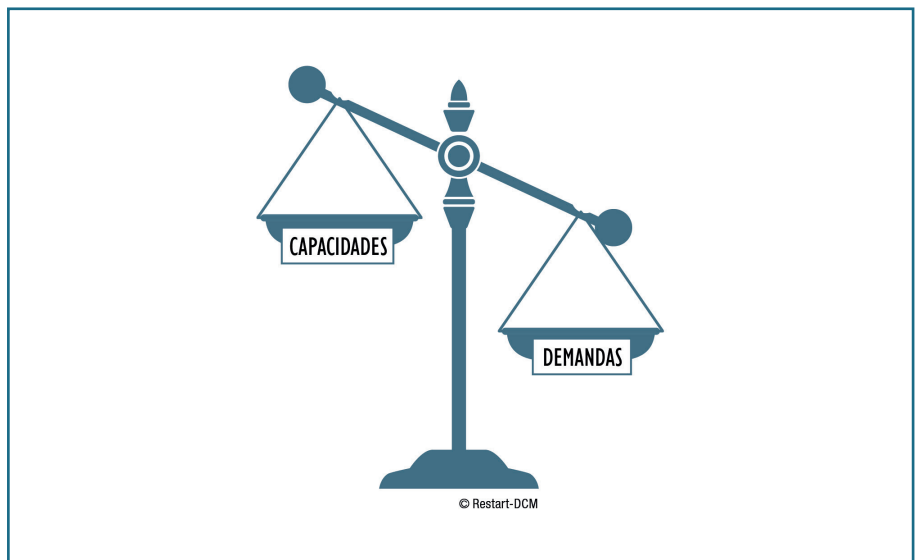
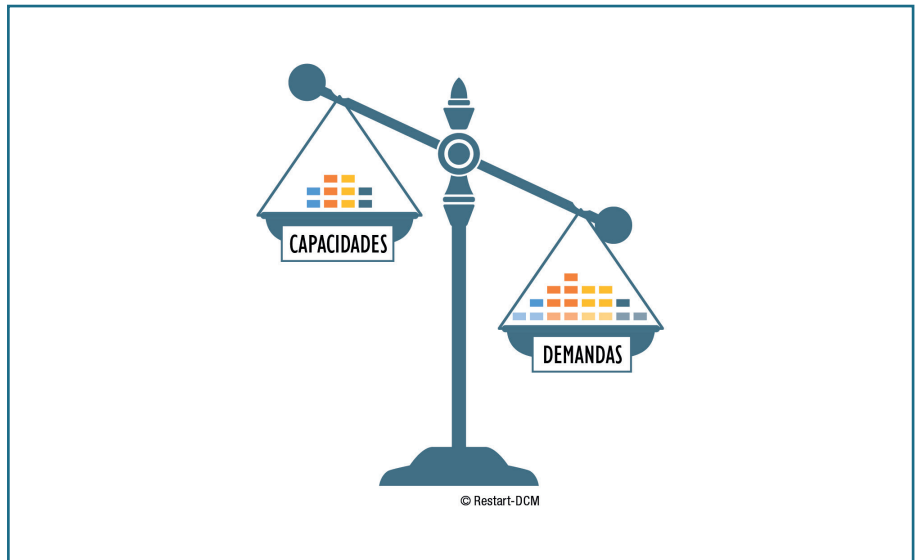
¿Qué se puede esperar del tratamiento?

Las probabilidades de que el tratamiento ayude son buenas. El objetivo es que el niño aprenda a hablar con más facilidad. En la mayoría de los niños, la tartamudez desaparece al cabo de un tiempo. Una cuarta parte de los niños sigue tartamudeando un poco, pero esto casi nunca causa problemas. La terapia ayuda a niños y padres a gestionar la tartamudez de forma positiva, para que el niño no desarrolle una imagen negativa de sí mismo ni se sienta avergonzado. Aunque persista algo de tartamudez, los niños pueden comunicarse eficazmente sin que interfiera en su vida cotidiana.



ANEXO 4

El Equilibrio RESTART-DCM



ANEXO 5

Comunicarse con bajas Demandas Emocionales: dos pasos

Marie-Christine Franken y Caroline de Sonnevile-Koedoot¹

Paso 1: afirmar al niño

Este documento se divide en dos partes. La primera parte (paso) explica cómo nosotros, como cuidadores, podemos demostrar claramente a un niño pequeño que se lo ve y se lo escucha, o, en otras palabras: cómo podemos *afirmar* a un niño. La segunda parte (paso) discute el siguiente paso que se puede dar. El propósito del segundo paso es avanzar en el desarrollo positivo del niño.

LA INICIATIVA DEL NIÑO

Todo lo que un niño dice, hace, siente, quiere o piensa, que se le ocurre a él mismo, se llama **iniciativa**. Un niño puede tomar la iniciativa de diferentes maneras: haciendo un sonido (como un bebé, que llora porque tiene hambre), señalando algo (por ejemplo, un niño pequeño, que aún no puede usar palabras para aclarar su significado), hacer una expresión facial (por ejemplo, mirar sorprendido o sobresaltado). Es importante que un cuidador le muestre al niño que ve sus iniciativas. Al notar (=“**reconocer**”) sus iniciativas, el niño se siente visto y escuchado. Esto es importante: le da al niño un sentido de pertenencia y envía el mensaje de que vale la pena. Un sentido de pertenencia (también llamado derecho a existir) constituye una base para el desarrollo del autoconcepto del niño, la (auto)confianza y la formación de un apego seguro.

TRES MANERAS DE AFIRMAR A UN NIÑO

1. Afirmación sin palabras

Si un niño toma la iniciativa, el cuidador puede responder de varias maneras: haciendo contacto visual, una expresión facial amistosa, inclinarse hacia el niño, guiñar un ojo, decir “mmm” (niños pequeños) diciendo “ajá” (niños un poco mayores). A través de todos estas respuestas, el cuidador le muestra al niño que se ha notado (admitido) su iniciativa.

2. Afirmación con palabras

Niños pequeños: repita, tan literalmente como sea posible (usando una oración gramatical), lo que ha dicho el niño. Por ejemplo, si el niño dice: “Bus ir abuela”, el padre repite: “Vamos a la casa de la abuela en el autobús”.

Niños mayores: usando palabras ligeramente diferentes, repita o resume lo que el niño ha dicho. Por ejemplo: el niño dice: “Tengo que hacer una presentación”. Padre: “Es tu turno para dar una presentación” (repitiendo). O el niño dice: “Primero jugamos al fútbol, luego jugamos con los Lego y también vimos la televisión”. Padre: “Hiciste muchas cosas diferentes” (resumiendo).

¹ Este documento fue desarrollado como un apéndice del Método RESTART-DCM (2007) y ligeramente revisado para la segunda edición (2021).

NÓTESE. Los padres a menudo tienen una tendencia natural a repetir las cosas en forma de pregunta. Sin embargo, una afirmación no debe ser una pregunta, sino un enunciado declarativo, es decir, concluyendo con un punto, no un signo de interrogación, y dicho en un tono de voz amistoso. Repetir o resumir en forma de pregunta puede darle al niño la idea de que se está cuestionando lo que dijo, lo que crearía el efecto contrario. Ejemplo: Un niño dice: "Lo hice". Padre: "Lo hiciste, bien hecho", en lugar de "¿Lo hiciste?"

3. Habla paralela

Se usa para verbalizar, de manera de aceptación o aprobación, lo que el niño está haciendo, pensando, quiere o siente en ese momento particular.

Haciendo: "Estás dibujando con un crayón verde".

Pensando: "Estás pensando: Espero que mamá piense que está bien".

Quiere: "Todavía no quieres ir a la cama".

Siente: "Te preocupa que se cancele la fiesta" / "Te decepciona que la abuela no venga." / "Estás molesto porque no vamos al zoológico después de todo."

El habla paralela verbaliza lo que realmente está ocurriendo en el momento presente. Hablar sobre lo que está pasando en el momento hace que la situación sea clara, comprensible y predecible. El niño sabe qué esperar, lo que lo hace sentir a salvo y seguro. Ejemplo: "Agarraste el bloque azul" (en lugar de "Estás jugando"). O: "Te decepcionó que no te invitaran" (en lugar de: "Estabas muy enojado ayer"). Como con las afirmaciones, el habla paralela se produce en un tono de voz amistoso en forma de declaración, no de pregunta. Al describir los sentimientos o pensamientos del niño, el cuidador entra en el mundo del niño o de sus emociones. A veces su interpretación de lo que el niño está sintiendo o pensando está mal. No importa si esto sucede, ya que el niño, precisamente por el habla paralela del cuidador, se sentirá bienvenido a "corregir" la interpretación del cuidador. Lo importante es cuán bien está el cuidador en sintonía con el niño. Ejemplo: si el niño no empieza a comer inmediatamente, el padre puede interpretar esto como "Todavía no tienes hambre". Niño: "Tengo hambre, pero no tengo ganas de comer espinacas."

El habla paralela debe ser neutral, libre de juicios de valor. Esto significa que se nombra el comportamiento negativo, sin el uso de un lenguaje crítico. En lugar de "Estás siendo molesto", describa lo que realmente está sucediendo: "Estás pateando mi silla". El habla paralela no contiene elogios ni opiniones, es decir, no decir: "Estás haciendo un hermoso dibujo", sino "estás dibujando". El habla paralela siempre comienza con "tú". De esa manera, siempre se trata del niño en lugar de usted mismo.

El habla paralela, como afirmaciones con palabras, no solo refuerza la confianza en sí mismo del niño; ambos también estimulan el desarrollo del lenguaje del niño.

¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE AFIRMAR AL NIÑO?

Al afirmar al niño, se le envía el "mensaje" que usted está interesado en él. El niño se siente valioso, tiene un sentimiento de seguridad. Además, también ayuda al niño a desarrollar confianza en sí mismo.

Al usar el habla paralela, un cuidador sostiene, por así decirlo, un espejo que no juzga al niño. Como consecuencia, el niño no sólo se siente visto, sino que también se da cuenta de lo que están haciendo en ese momento en particular. El habla paralela puede suprimir o prevenir el comportamiento impulsivo o excitado por parte del niño. El uso de habla paralela aumenta la percepción que tiene el niño de sí mismo, lo que le permite desarrollar (más) conciencia de sí mismo y su propia identidad. Como resultado, al niño, a medida que madura, le resultará más fácil seguir siendo él mismo en un grupo.

SITUACIONES DE CONFLICTO

La experiencia ha enseñado que comentar explícitamente (repetir o resumir) la iniciativa del niño funciona especialmente bien en situaciones de conflicto (inminente). En momentos en que las emociones (impaciencia, desilusión, fatiga, irritación, ira) están involucradas, los cuidadores a menudo se olvidan de repetir/resumir lo que dice el niño. Comprensiblemente, la respuesta es irreflexiva y, a menudo, contiene una corrección o un "rechazo". El niño se adapta, hace lo que se espera de él o el conflicto se intensifica.

Si los cuidadores pueden repetir o resumir, incluso durante un momento difícil, el conflicto será más moderado o tal vez incluso evitado por completo. La idea detrás de esto es que un niño que está seguro de saber que él o ella está siendo oído y entendido estará a su vez más dispuesto y mejor capacitado para prestar atención a lo que los cuidadores le están pidiendo.

DAR UNA AFIRMACIÓN, ¿Y LUEGO QUÉ?

Repetir, resumir o describir lo que dice un niño no es lo mismo que estar de acuerdo con lo que dice o dejar que se salga con la suya. Después de repetir o resumir lo que dijo el niño o describir lo que está haciendo, un "segundo paso" seguirá a menudo; algo que el cuidador dice o pregunta. Este segundo paso puede servir para volver tranquilamente a la rutina normal, o para promover el desarrollo positivo de los niños.

Ejemplo: un niño no tiene ganas de guardar e ir a la mesa a comer. Un padre a menudo responde de la siguiente manera: "Guarda tus juguetes, estamos a punto de comer". El niño bromea y dice: "No tengo hambre" y no hace lo que se le pide. Un acercamiento, que fomente en el niño el sentimiento de ser escuchado y comprendido, que por tanto también aumenta la voluntad de hacer lo que pide el padre, es por ejemplo: "Todavía no tienes ganas de comer (=repetir). Prefieres seguir jugando; te estás divirtiendo mucho, ¿verdad? (= usando habla paralela). Pero ya es hora de comer (= opinión). Te diré qué, te ayudaré a ordenar" (= propuesta) O: "Lleva tus cosas para allá, luego puedes seguir jugando, después de haber comido" (=motivación positiva).

Este segundo paso, que sigue después de afirmar a un niño, se analiza en detalle en la parte II.

Comunicarse con bajas Demandas Emocionales: dos pasos

Marie-Christine Franken y Caroline de Sonnevile-Koedoot

Paso 2

En la primera parte, se discutió cómo los cuidadores pueden *afirmar* a un niño. Esta segunda parte trata del paso que le suele seguir a la afirmación.

DAR UNA AFIRMACIÓN, ¿Y LUEGO QUÉ?

Repetimos: siempre se da primero una afirmación. Entonces, puede seguir un segundo paso. Este puede tomar dos formas diferentes, la A y B.

A. Motivar al niño

Si un niño exhibe un comportamiento indeseable, usamos el habla paralela neutral como primer paso, p.ej. "Tomaste otra galleta". El propósito del segundo paso, motivacional, es restaurar la rutina normal con un comportamiento tranquilo, con el fin de disminuir la tartamudez del niño. Implica motivar al niño, utilizando palabras positivas, para que coopere, p.ej. "Devuélvela rápidamente." La motivación positiva significa que los cuidadores no dicen lo que no quieren, sino lo que sí quieren.

También ayuda a identificar las intenciones positivas detrás del comportamiento de un niño; si es posible, dale a tu hijo el beneficio de la duda, p. ej. "Realmente tenías ganas de comer otra galleta, por eso tomaste otra."

Otro ejemplo: si un niño sigue chismeando sobre su hermanito: Padre: "Quieres vigilar/cuidar bien a tu hermano" (describir la intención). "Está bien, estoy observándolo. Ve a jugar con tu rompecabezas/trata de encontrar todas las piezas azules en el rompecabezas" (motivación positiva). En lugar de "¿Dejarías de delatar a tu hermanito?"

Utilizando la motivación positiva, un cuidador proporciona claridad, dirección, estructura y establece límites. Esto hace que los niños se sientan seguros y protegidos, ya que saben lo que pueden hacer.

B. Profundizando

Por profundizar entendemos: el cuidador ofrece su opinión, hace una propuesta, hace un acuerdo o hace una pregunta. El propósito de este segundo paso es avanzar con el desarrollo del niño. Asegúrese de que este segundo paso no se convierta en un "interrogatorio": la consideración principal es el contacto con el niño. Debajo encontrarán ejemplos de cómo el habla paralela (Paso 1) podría continuar en el segundo paso:

Padre: "Primero quieres ducharte y luego ver un poco de televisión". (= habla paralela). "Creo que es una buena idea" (= dar una opinión).

Padre: "Tienes hambre" (= habla paralela). "Vamos a comer panqueques hoy" (= hacer una propuesta).

Padre: "Tienes ganas de comer un dulce" (= habla paralela). "Cuando tomamos café, puedes comer uno" (= hacer un acuerdo).

Padre: "Estás enojado" (= habla paralela). "¿Puedes decirme por qué estás tan enojado?" (= hacer una pregunta).

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE "PROFUNDIZAR" COMO SEGUNDO PASO?

A medida que un niño madura, debe desarrollarse en una serie de áreas. Un niño debe aprender a hablar. Debe aprender a participar en actividades apropiadas para su edad. Un niño debe aprender a hacer y mantener contacto con otros. En otras palabras: un niño tiene varias tareas de desarrollo. Un niño realiza, en gran medida, estas tareas de desarrollo en relación con su/sus cuidadores. Si los cuidadores afirman al niño y nada más, el niño no se desarrollará adecuadamente. Al agregar una opinión, propuesta, acuerdo o pregunta, el niño aprende a ser consciente de los sentimientos de los demás. Le enseña a tomar perspectiva y puede ayudarle a aprender que otras personas también tienen necesidades.

Referencia

Dekker, J., Hoogland, M., Eliëns, M. & Van der Giessen, J. (2004). *Video-interactiebegeleiding*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

Sobre los autores

Marie-Christine Franken, PhD es lingüista clínica (Universidad de Nijmegen, 1985), terapeuta del habla (Hogeschool Nijmegen, 1989), especialista en tartamudez (NVST 1991, CESS 2011) profesora asociada (Erasmus MC Rotterdam, 2024). Es miembro de la Asociación Holandesa de Terapia de la Tartamudez (NVST) y terapeuta registrada como especialista en tartamudez CESS. Su tesis doctoral (Hogeschool Nijmegen, 1997) fue sobre la evaluación de la terapia de la tartamudez. Actualmente, su investigación se centra en los resultados de la terapia de la tartamudez a una edad temprana y en los factores causales y de riesgo de la tartamudez. Desde 2015, forma a terapeutas del habla en el método RESTART-DCM, a nivel nacional e internacional.

Ellen Laroës, BHS es terapeuta del habla (Zuyd Hogeschool, Heerlen 1985) especializada en tartamudez (LCH 1986, NVST 1987, CESS 2016). Ellen es copropietaria de una clínica de terapia del habla y del lenguaje especializada en tartamudez. Es miembro de la Asociación Holandesa de Terapia de la Tartamudez (NVST) y está registrada como especialista en tartamudez en CESS. Durante muchos años, ha impartido clases en el área de los trastornos de la fluidez en la Universidad de Ciencias Aplicadas de Zuyd y es una de las terapeutas participantes en el programa RESTART y entrenadora del ESS. Desde 2015 forma a logopedas en el método RESTART-DCM a nivel nacional e internacional.

Joeri van Ormondt, MSc es terapeuta del habla (Hanzehogeschool Groningen, 2016) y especialista en tartamudez (ESS, 2017). Es miembro de la junta directiva de la CESS y terapeuta registrada como especialista en tartamudez por CESS. Joeri tiene un consultorio privado especializado en tartamudez. Es miembro de la Asociación Holandesa de Terapia de la Tartamudez (NVST), profesor y entrenador de la ESS y, desde 2023, formador de RESTART-DCM para terapeutas del habla. Es una persona que tartamudea y es un miembro activo -y orgulloso- de la comunidad.

Femke de Smit, MSc se graduó como terapeuta del habla (Hanzehogeschool Groningen, 2008) y después se especializó en tartamudez (ESS, 2011). Femke es copropietaria de un consultorio de terapia del habla y dirige el equipo de tartamudez de terapeutas especializados. Es miembro de la Asociación Holandesa de Terapia de la Tartamudez (NVST) y ha estado formando a clínicos en el uso del método RESTART-DCM desde 2021.

Lottie Stipdonk, PhD es lingüista clínica (Universidad de Utrecht, 2011) y terapeuta del habla (Hogeschool Utrecht, 2012) y tartamudez (ESS, 2025). Lottie trabaja en Erasmus MC y combina su trabajo clínico (en el diagnóstico y tratamiento de niños que tartamudean) con su investigación sobre la tartamudez. Tras completar su tesis doctoral sobre el desarrollo del lenguaje en niños muy prematuros, su investigación se centra actualmente en la tartamudez. Desde 2024 Lottie contribuye a los talleres RESTART-DCM.