

RETARDO EN EL DESARROLLO PSÍQUICO. SU TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Grettel Batista Ramón

*Centro de Diagnóstico y Orientación. Municipio Diez de Octubre.
La Habana, Cuba.*

Resumen

Este artículo realiza de inicio una aproximación teórica a las principales características que poseen los menores con Retardo en el Desarrollo Psíquico (RDP) para, posteriormente, acercarse a la psicoterapia infantil como modalidad interventiva que proponemos para su tratamiento. El interés por el tema surge a partir de un estudio orientado para el curso 2013-2014 por el Ministerio de Educación de Cuba, dado el incremento de escolares primarios suspensos en el primer corte evaluativo en ese curso. De los 247 menores evaluados por el Centro de Diagnóstico y Orientación de Diez de Octubre, 95 fueron diagnosticados con RDP. Este constituye uno de los problemas de mayor incidencia en el campo de la educación y las ciencias en general. Nuestro centro laboral cuenta con un servicio reducido de atención directa dado el gran número de niños a evaluar, de seguimiento a cada menor luego de su diagnóstico, es por ello que se considera oportuno profundizar en el conocimiento de esta problemática y en las características de la psicoterapia infantil como propuesta interventiva, para luego trabajar directamente con los niños identificados a partir de un Programa Psicoterapéutico diseñado para ellos.

Palabras clave: Retardo en el Desarrollo Psíquico, psicoterapia infantil.

Abstract

This article initially performs a theoretical approximation to the main characteristics of youngsters who suffer from Psychic Development Retard, so after that, we can approach the child psychotherapy as an interventional mode proposed by us in order to perform his treatment. The interest for this topic came out from an oriented study for the 2013-2014 educational course provided by the Cuba Ministry of Education, given the increased number of scholar failures on the first evaluation process regarding that school year. From the 247 evaluated youngsters by the diagnose orientation center located in 10 de Octubre township. 95 of them were diagnosed with this disorder. This is by far one of the mayor incidence problems in the education and science fields as well. Our labor center possesses one reduced service of Direct Attention given the great amount of children to be evaluated, also a follow up is performed after every youngster diagnose and that is why a profound knowledge about this problems is recommended and also about the child psychotherapy as a proposal for a later direct work with all the identified children by applying a psychotherapeutic program designed especially for them.

Key words: *Psychic Development Retard, Children's Psychotherapeutic.*

Introducción

El Retardo en el Desarrollo Psíquico constituye uno de los problemas más complejos y de mayor incidencia en el campo de la educación, la psicología y las ciencias en general. La prevalencia en el niño de edad escolar se encuentra en el rango del 5 al 15%, y en el adulto es de aproximadamente el 4% (APA, 2013). En Cuba, en el curso 1991-1992, de 23 222 educandos, entre el 67 y 70% tenía un considerable retardo escolar (Gayle, A., 2005). Por otra parte, en el curso 2013-2014 se realizó un

estudio a los desaprobados de la enseñanza primaria de La Habana; y tomando como muestra el Municipio Diez de Octubre, de 247 suspensos, diagnosticamos a 95 con RDP.

En 1978 se aprobó la Resolución Ministerial no. 63, a partir de la que se crean escuelas especializadas para los niños con este diagnóstico (Gayle, A., 2005). Estos son evaluados por el Centro de Diagnóstico y Orientación desde 1979. En función de la complejidad del caso, se decide su permanencia en la enseñanza general o su asistencia a un centro especial, si la familia acepta.

Actualmente en los CDO existen dificultades en la implementación de la Atención Directa; por lo que no se realiza una intervención psicoterapéutica con los niños que lo requieran. Por su parte, los docentes de las escuelas especiales no cuentan con las estrategias terapéuticas para trabajar con ellos en particular. Se requiere contar con un modelo de psicoterapia que parta de la adecuada caracterización de estos niños y de sus necesidades terapéuticas, para trabajar en pos a su desarrollo y reincorporación social. De este modo, se compensarían las consecuencias negativas de la presencia de RDP y podrían transitar en una mejor posición a la enseñanza general.

El acercamiento a esta problemática no solo cobra significación como objeto de estudio e investigación, sino que tiene una enorme trascendencia a nivel social. En este sentido, es el aprendizaje quien garantiza en gran medida el desarrollo de la humanidad y sus futuros progresos. Contar con una atención integral que incluya la psicoterapia, tributa a su bienestar emocional y su inserción social.

Es por ello que en este artículo se realizará una aproximación teórica a las principales características que poseen los menores con RDP para, posteriormente, acercarnos a la psicoterapia infantil como modalidad interventiva que proponemos para su tratamiento.

Retardo en el Desarrollo Psíquico

El Retardo en el Desarrollo Psíquico (también denominado Trastorno Específico en el Aprendizaje), comenzó a ser más visible a principios del siglo XX. En principio las dificultades en el aprendizaje eran atribuidas a un retraso mental fronterizo o limítrofe. En 1962 Kirk comienza a emplear el nombre de dificultades en el aprendizaje, considerando ya el contenido psicológico (Lara, 2012).

El término ha sido conceptualizado por numerosos especialistas. En Cuba se utiliza fundamentalmente la definición dada por Guillermo Arias (1998), que lo concibe como una de las variantes de trastorno en el curso normal del desarrollo psíquico de los menores. Se caracteriza por la existencia de un ritmo lento de la formación de las esferas cognitiva y emotivo-volitiva; las que, de forma general, se quedan de manera temporal en etapas más tempranas. Como rasgo esencial en estos menores se encuentra el carácter sistémico de sus dificultades para el aprendizaje. A ello, Marta Torres (1990) agrega que no existen insuficiencias marcadas en las operaciones lógicas del pensamiento, es decir, en el análisis, síntesis, abstracción, comparación y generalización, en especial en el nivel lógico verbal (Núñez, H., 2011).

En el DSM-V se registran sus pautas diagnósticas: dificultades en el aprendizaje y el empleo de las habilidades académicas, evidenciadas por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que hayan persistido por un período no inferior a los seis meses: lectura inexacta, lenta o con mucho esfuerzo; dificultad para comprender el significado de lo que se lee; con la ortografía; con la expresión escrita; para trabajar el cálculo, los factores numéricos; y en el razonamiento matemático. En este grupo no se incluyen los niños cuyos problemas en el aprendizaje son debido a trastornos primarios de la audición, retraso mental o visión (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Para Pereira (2010, 2), su defecto primario es la “alteración temporal de las funciones psíquicas superiores de carácter heterogéneo, típico por la afectación en los mecanismos programación, regulación y control, por lo que se afecta la actividad cognoscitiva. El defecto secundario se expresa como dificultades en el aprendizaje”.

Se afectan el curso y ritmo del **pensamiento**, existiendo alteraciones en su velocidad que se manifiestan a partir de la lentificación, bloqueo e inercia de este (Pereira, 2010). Se dificultan todas

las operaciones (abstracción, generalización...), por tanto su contenido es inexacto y fragmentado, con tendencia a las respuestas concretas situacionales y las comparaciones inadecuadas (Arias, 2002). La productividad del pensamiento puede limitarse producto de las escasas vivencias que tienen estos niños y la insuficiente estructuración de un sistema de conocimientos (Lara, 2012).

En estos menores, con relación al **lenguaje**, suelen afectarse los procesos relativos a su uso o comprensión, la escritura o el habla (Núñez, H., 2011). Afloran afectaciones en el aspecto fónico como problemas para la pronunciación de palabras muy extensas y con complejidad. Se retarda el desarrollo del vocabulario activo y la formación de conceptos (Pereira, 2010).

La **atención** es inestable, no pueden concentrarse por un período largo de tiempo. En algunos casos prestan la máxima atención al iniciar la actividad y esta disminuye si se prolonga en el tiempo; en otros aparece solo después de cierto período; mientras que en el tercer grupo se producen oscilaciones periódicas de este proceso y una capacidad de trabajo desigual (Gómez *et al.*, 2014).

La **memoria** es lenta, poco activa, con bajo volumen de recuerdo. Existe una baja productividad de la memoria lógica. Intentan memorizar mecánicamente, por lo que se tienden a recordar aspectos de menor valor. Hay una disminución de la memoria mediata e inmediata, voluntaria e involuntaria (Lara, 2012).

El proceso de **percepción** es complejo. Tienen dificultades para percibir el material auditivo y visual; además de para integrar lo percibido en un todo relacionado, ya que perciben de manera incorrecta los objetos y fenómenos. Cuando se enfrentan a estímulos complejos, no realizan percepciones profundas pues no seleccionan dentro de varios estímulos el indicado (Pereira, 2010). Confunden figura y fondo, y no reproducen adecuadamente las formas geométricas (Núñez, O.L., & Gómez, 2011).

Relativo al **área motora**, las dificultades se presentan en la motricidad fina; aunque en algunos se afecta tanto la coordinación manual, como la coordinación dinámica general (Pereira, 2010). Hay torpeza motora, hiperactividad o hipoactividad. Sus movimientos pueden llegar a ser lentos y poco coordinados (Lara, 2012).

Con relación a las **esfera afectivo-volitiva y comportamental**, poseen sentimientos de inseguridad, miedo, dependencia, tristeza, y soledad; muchas veces a causa de las burlas o rechazos que reciben constantemente (Abreus, 2014). Los menores de edad escolar generalizan los sentimientos, en tanto cuando una misma situación se ha repetido en varias ocasiones, se crea una reacción afectiva que tiene la misma relación con la vivencia aislada o el afecto (Vygotsky, 1933, citado por Ruiz, s.f.). Pueden ser irritables, intranquilos, mentirosos, caprichosos e impulsivos (lo que puede llevar a la agresividad y la labilidad emocional). Tienen rasgos típicos de prescolares, donde la actividad lúdica es el motivo fundamental de la conducta (Gómez *et al.*, 2014).

Como tienen conciencia de sus problemas escolares, esto les genera frustración y experiencias negativas, lo que a su vez afecta su autoestima. Tanto ellos como su entorno, tienen expectativas desfavorables hacia su desempeño (Gómez *et al.*, 2014), por tanto se comportan con inhibición participativa y escasa habilidad social (Núñez, O.L. & Gómez, 2011). La Dra. Lourdes Ibarra considera que si un escolar percibe que sus maestros esperan de él un bajo rendimiento, su autoestima disminuirá a la vez; sobre todo si el profesor es un "otro significativo para él" (Camejo, 2013, p.85).

Su desempeño con relación a las habilidades académicas es por debajo de su edad cronológica y con un ritmo lento, lo cual afecta el rendimiento escolar. Requieren de mucho esfuerzo para aprender (APA, 2013). Asimilan y transfieren la ayuda a situaciones análogas con más facilidad que otros niños con necesidades educativas especiales, pudiendo incluso llegar a realizar las tareas de forma independiente (Arias, 2002). Se fatigan rápidamente, su capacidad de trabajo es menor, y todo ello puede llevarlos a dejar sin terminar una actividad iniciada (Abreus, 2014).

El RDP puede estar ocasionado por diversos factores de orden **etiológico**, que se agrupan en causas psicológicas, sociales y biológicas. Por muchos especialistas se acepta la primacía de los

factores biológicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1989); pero para otros es resultado de la interdependencia de estos elementos (García, M.T. & Arias, 2006).

Dentro de las causas sociales encontramos insuficiente calidad de la preparación de los maestros, inasistencia a clases, traslado frecuente de escuelas, condiciones desfavorables de los materiales de estudio, cambio constante de profesor, falta de atención a la diversidad, mal uso del castigo e incorrecta utilización de la base orientadora de la actividad. Los maestros no suelen utilizar las potencialidades del niño o los conocimientos adquiridos como base previa para el aprendizaje de los nuevos contenidos (Gómez *et al.*, 2014). La existencia de un gran número de alumnos por aula es otro de los factores que incide, unido a los métodos pedagógicos inadecuados.

Las condiciones desfavorables en el hogar producen un ambiente emocional que limita el aprendizaje y los espacios de comunicación del niño, lo que a su vez retarda el desarrollo intelectual y dificulta el proceso de formación de la personalidad (Arias, 2009 & Núñez, H., 2011). El nivel cultural, manejo educativo, divorcio, y estrategias de afrontamiento de problemas que utilizan los padres una vez conocido el diagnóstico del menor; en ocasiones les impiden colaborar con efectividad en la reducción o eliminación de sus dificultades (Gómez *et al.*, 2014).

Dentro de las causas neurofisiológicas encontramos los déficit sensoriales y disfunción del Sistema Nervioso Central, que no necesariamente implica la existencia de lesiones cerebrales (Núñez, O.L. & Gómez, 2011). Para el DSM V, las causas biológicas incluyen la interacción de factores genéticos y ambientales que afectan la capacidad del cerebro de percibir o procesar la información verbal y no verbal de un modo eficiente y preciso (APA, 2013).

Se han reportado afectaciones en las etapas pre-natal, peri-natal y post-natal: inadecuada alimentación y cuidado en el embarazo, afecciones intrauterinas leves, trastornos endocrinos no graves, embarazos múltiples, disturbios emocionales, sufrimiento fetal, partos prematuros, bebé bajo peso, desarrollo psicomotor retardado, falta de oxígeno, incompatibilidad sanguínea, fiebres altas y encefalitis, y hábitos incorrectos de alimentación (Mira, 1972; Núñez, O.L. y Gómez, 2011). González, O. (2003) agrega que muchas de las madres durante el embarazo fumaron, ingirieron bebidas alcohólicas, y presentaron hipertensión o infecciones virales. Añaden traumas congénitos no graves, alteraciones cromosómicas, enfermedades gastrointestinales graves, y madres adolescentes con alto riesgo obstétrico (Herrera *et al.*, 1987).

Las causas psicológicas se caracterizan por el miedo ante el fracaso, desmotivación hacia el estudio, trastornos de la conducta, dificultades en el lenguaje, preocupación excesiva por las opiniones de los otros, inmadurez afectiva, y déficit atencional (Mira, 1972). Otros autores constatan el desarrollo insuficiente de su actividad cognoscitiva.

El diagnóstico de RDP se realiza durante la edad escolar. Las dificultades se manifiestan con un curso variable, en función de varios factores: las interacciones, tareas demandadas por el ambiente, habilidades individuales, comorbilidad, intervención y los diferentes sistemas de apoyo. Los problemas en la fluidez de la lectura y la comprensión, ortografía, expresión escrita, y las habilidades matemáticas persisten aún en la adultez. Por otra parte, puede traer otra serie de consecuencias funcionales negativas: bajos resultados académicos, abandonos escolares, trastorno de ansiedad, desempleo, bajos salarios, y suicidios (APA, 2013).

Como estrategia de intervención, en Cuba se utilizan varias alternativas: la matrícula en una escuela especial de RDP de forma transitoria (en dependencia de la aceptación o no de los padres); aulas especiales en escuelas primarias; o integración en aulas primarias con orientación y seguimiento por el CDO y la escuela. “La inclusión implica que todos los niños ... aprendan juntos independientemente de sus condiciones personales, sociales o culturales”. Gayle (2005, p.17). Se estima que a los dos cursos pueden transitar a la enseñanza general; aunque a veces los maestros no tienen la preparación suficiente para educar a estos niños. Si tienen un marcado retraso escolar, se preparan para continuar sus estudios en la Escuela de Oficios o en la Enseñanza Técnica y Profesional.

Muchos autores consideran que, para su tratamiento, lo más efectivo es la participación en un programa de psicoterapia. Este posibilita a los menores reconocer tanto sus emociones como las de otros, e incrementar su capacidad de relacionarse de un modo más saludable. Este es un factor importante, en tanto las dificultades comprometen tanto lo cognitivo como lo afectivo; por lo que las adquisiciones relativas a lo emocional incluyen la participación de lo racional, lo cual los coloca en mejores condiciones para el aprendizaje (Bello, 2009).

La tesis de L. S. Vygotsky de que la enseñanza produce el desarrollo y su categoría zona de desarrollo próximo son esenciales en este análisis, en tanto el retardo depende, en gran medida, de la influencia desarrolladora de la enseñanza. “El desarrollo de las funciones psíquicas surge como resultado del aprendizaje, la educación y la adquisición de la experiencia de la humanidad” (Venguer, 1983, citado por Lara, 2012, p.26). Independientemente de los factores biológicos que puedan intervenir, para Vygotsky la compensación social es esencial; ya que el desarrollo personal se produce en el contexto de las relaciones sociales, teniendo en cuenta el papel activo del sujeto y su experiencia acumulada. Todo este proceso está mediado por cómo el sujeto vivencia su situación social en particular (García, M.T. & Arias, 2006). Esto es esencial, pues la forma en la que el niño percibe el medio condiciona la influencia de este sobre él; por lo que cualquier acción educativa debe tomar en cuenta esa condición (Bello, 2009).

A continuación presentamos una síntesis de las particularidades de la psicoterapia infantil:

La psicoterapia infantil

Para la Dra. Aurora García (1997), la psicoterapia son:

Todas aquellas acciones, técnicas y métodos que utiliza el especialista para ejercer una influencia en el sujeto, que le permita establecer un equilibrio psicológico con el entorno, en el cual los mecanismos que ha asumido ese sujeto no le provoquen displacer, daño, o violen las normas sociales provocando dificultades en la comunicación con los otros. (p.1)

La psicoterapia infantil, por su parte, ha sido conceptualizada por Olivares, Méndez & Maciá (1997, citado por López, 2007), como:

Tratamientos psicológicos para niños y adolescentes, aquellos que han sido diseñados ... para promover el cambio y/o ayudar a niños y adolescentes a cambiar, con el fin de que puedan desarrollar hasta donde sea posible sus potencialidades y; por consiguiente, funcionar de un modo autónomo y competente, aumentar su capacidad para satisfacer y cumplir las propias posibilidades, capitalizar las oportunidades que se dan en su medio social y ajustarse de un modo eficiente al mismo. (p.17)

El proceso de evaluación y diagnóstico en la Clínica Infantil posee tres peculiaridades que pueden generalizarse a la psicoterapia infantil (García, A., 2011): los sujetos no acuden voluntariamente a consulta; carecen de conciencia de enfermedad; y no desean curarse. No es usual que el niño se perciba como enfermo, por tanto no forma parte de sus motivaciones ser atendido ni curado: es la familia quien lo lleva a consulta. Otra posibilidad sería que sí tenga conciencia de su problemática y de la necesidad de ayuda; pero que sea incompatible con la preocupación de su familia, por lo que se sienta incomprendido y reaccione a la defensiva con el especialista. Por otra parte, puede no querer modificar su realidad de vida; o bien sentirse culpable si ofrece una imagen desfavorable de sus padres en consulta (Roca, 1998).

Roca (1998) propone una serie de actitudes y acciones profesionales que debe seguir el psicoterapeuta infantil: aceptar al niño tal cual es y no como nos gustaría que fuera; establecer una relación empática con el niño que posibilite comprenderlo desde su propio punto de vista; crear un espacio seguro para que el niño exprese sus vivencias y emociones; ayudar a buscar vías alternativas de solución de los problemas; contribuir a fortalecer la autoestima de sus pacientes;

comprender las razones y los dinamismos que han llevado a un individuo a ser quien es en la actualidad; y recibir ayuda o asesoría sobre otras alternativas de enfrentar problemáticas.

Por otra parte, el terapeuta debe decidir si la realizará en su modalidad individual o grupal. Esta última ofrece innumerables beneficios, por lo que ha sido seleccionada como la variante a utilizar. El siguiente acápite profundiza sus peculiaridades.

Grupo psicoterapéutico

Los grupos psicoterapéuticos constituyen una herramienta de un extraordinario alcance. Fueron creados por Moreno en el siglo XX (Fontes & Pupo, 2006).

Para Pérez (2005):

La psicoterapia de grupo es una modalidad de tratamiento psicológico, donde un grupo de individuos ... se reúnen con la finalidad de ayudarse unos a otros, contando con la participación de personal calificado ..., quienes estimulan y dirigen las acciones terapéuticas, contribuyendo entre todos a efectuar un cambio evidente en las relaciones interpersonales de los pacientes, a la vez que desarrollan su madurez emocional y social. (p.5)

Calviño (1998) considera que para el trabajo con grupos es necesario tener en cuenta: la situación (contexto en que se realiza); el contrato entre los miembros sobre la forma en que se trabajará; el problema (que, como en este caso se trabaja con niños, no tiene que visualizarse por el grupo); el coordinador como facilitador del cambio; y el proceso grupal o sucesos que acontecen desde que comienza el grupo hasta que termina.

Trabajar la psicoterapia grupal tiene grandes ventajas, en tanto el grupo propicia el intercambio, la asimilación de las normas, la adquisición de habilidades sociales, y potenciar la zona de desarrollo próximo. Los contactos afectivos que van surgiendo fortalecen la autoestima y satisfacen necesidades. (Cesio, 2002). Castellanos (2008) considera además que en los grupos se asimilan contenidos que son relevantes para su accionar práctico, adquieren la capacidad de aceptar puntos de vista diferentes al propio, aprenden a respetar al otro, se sienten seguros y ofrecen a la vez seguridad.

Como parte de la intervención con un grupo psicoterapéutico, proponemos la utilización de técnicas psicomotoras y el arte terapia y, dentro de esta última, las técnicas creativas no verbales. A continuación se realizará un resumen de sus principales características.

Técnicas creativas y psicomotoras en psicoterapia infantil

Una de las peculiaridades que caracteriza a la psicoterapia infantil es el acceso al niño, que no se expresa de la misma forma en que lo hacen los adultos (Amescua, 1997). Los métodos empleados deben ser cercanos al lenguaje y los intereses infantiles, propiciando un acercamiento que impida el sentirse evaluado (García, A., 2010).

El **arte terapia** es una de las estrategias más factibles para lograr cambios en el niño siguiendo esta idea. Enlaza la psicología y el arte para facilitar la expresión y transformación de los contenidos internos que puedan emerger en el proceso creativo. Dalley (1987, p.14) la define como "utilización del arte y de otros medios visuales en un entorno terapéutico o de tratamiento".

El participante de una sesión de arte-terapia no necesita poseer conocimientos técnicos previos, ni aptitudes especiales para el manejo de los materiales artísticos; pues el terapeuta generalmente no tiene formación en arte y se focaliza en la experiencia que va ganando el sujeto y el sentido que este construye a partir del proceso.

Para Dalley (1987), el arte-terapia implica: creatividad y espontaneidad; fomento de la confianza, reconocimiento del propio valor, realización del propio potencial; aumento de la autonomía y de la motivación personal, desarrollo como individuo; libertad para tomar decisiones, experimentar, probar ideas; expresar sentimientos, emociones, conflictos; trabajar con la fantasía y con el inconsciente;

insight, autoconciencia, reflexión; ordenación visual y verbal de la experiencia; y distensión.

En esta investigación nos referiremos a las técnicas creativas en lugar de arteterapia. Para García, A. (2010), pueden entenderse como:

Técnica que muestra mediante la utilización del arte en sus diferentes manifestaciones, la expresión y/o comunicación de emociones, sentimientos y representaciones de fantasías, conflictos e ideas, posibilitando así un espacio para la liberación de angustias, necesidades y estados psicológicos en general, que no han tenido un espacio o nombre explícito en su equivalente verbal.

A continuación nos referiremos brevemente a las características de algunas de las técnicas creativas y psicomotoras que se emplean con frecuencia.

Técnicas pictóricas

Las técnicas pictóricas son aquellas “que utilizan como medio fundamental de realización un elemento material que deja huellas en el papel, entiéndase lápices de colorear, crayolas, tempera, acuarela u otros similares” (Castellanos, 2008, p.13). Facilitan que el niño exprese aquello que le es difícil expresar con palabras. Proponemos el empleo del dibujo, la pintura dactilar y el modelado con barro como fundamentales; por lo que dedicaremos un momento a su explicación:

El dibujo infantil

La expresión gráfica infantil se define como “la capacidad de representar mediante una sustancia pigmentaria cualesquiera, en una superficie plana, conceptos, ideas, sentimientos, de acuerdo a la percepción y reflejo del entorno de un sujeto determinado ... [y] a su experiencia vivencial e histórica cultural” (García, A., 2011, p.83). Estas representaciones, según Luquet, varían hasta llegar al realismo visual, donde “el niño se esfuerza por representar la realidad tal y como la percibe” (Valdés, 1979, p. 29).

En el análisis del dibujo se aplica el esquema de indicadores de la Dra. Aurora García, propuesto en su tesis de doctorado (1995), que incluye en la actualidad nuevos indicadores a partir de los resultados de investigaciones recientes. Por otra parte, incorporó los fenómenos especiales del Test de Rorschach que coinciden con su significado en el dibujo. Esta idea tiene su base en que, “cuando observamos un dibujo infantil, nos encontramos frente a una “mancha”, creada a partir de las necesidades de expresión, comunicación y de descarga emocional” (García, A., 2010, p.56). Además, se determinan los subgrafismos o trazos realizados fuera del modelo.

Para el diagnóstico y la psicoterapia son frecuentemente empleadas las modalidades de dibujo espontáneo y de la familia. La primera permite apreciar toda la riqueza de la subjetividad (Valdés, 1979), ya que posibilita expresarse con libertad; mientras que la segunda nos acerca al conocimiento del menor sobre el concepto de lo humano, y el vínculo afectivo y comunicativo que desarrolla con su familia (García, A., 2011).

Desde finales del siglo XIX se ha demostrado el valor del dibujo como herramienta para la evaluación permanente durante la psicoterapia (García, A., 2010). En nuestro país existe una amplia trayectoria en su utilización a partir de los indicadores de daño global diseñados por dicha autora.

Para la valoración de la evolución de un grupo psicoterapéutico, se utiliza también el *papelógrafo*. Esta variante desarrolla el sentimiento de grupo, en tanto el resultado de la actividad consiste en una producción colectiva a partir de las contribuciones individuales. El acercamiento, la comunicación y el contacto físico se originan por la propia disposición física alrededor de la hoja y de la tarea conjunta. Puede traer conflictos interpersonales producto de los límites del espacio simbólico de cada niño, lo cual va disminuyendo a medida que avanza el programa (Castellanos, 2013).

La pintura dactilar

Para Lisselotte Pekny, la pintura dactilar “representa pintar en forma libre y desinhibida utilizando los dedos y colores especiales para este fin” (Biermann, 1973, citado por Castellanos, 2008, p.14).

El niño puede “tomar esta actividad como expresión artística, juego creativo o trabajo productivo Puede objetivar ansiedades, tensiones y conflictos, expresándolos en el conjunto resultante” (Vega, 1978, p.14). Facilita la desinhibición, provoca placer y diversión, es relajante, y produce estados de ánimo.

El tema a representar debe ser elegido de forma espontánea para que puedan utilizar los dedos y manos acorde a sus deseos y necesidades. Los materiales frecuentemente utilizados son la tempera y acuarela. Como fuente adicional, se recomienda su combinación con algún medio para lograr una textura, y la utilización de música acompañante para que expresen con sus manos lo que la canción les transmite.

“Es una experiencia táctil-motriz que facilita” (Castellanos, 2008, p.15): goce, placer, diversión; relajación, apaciguamiento, liberación de ansiedades; entrenamiento motor; y canalización de emociones negativas, conflictos y angustias.

Modelado con barro

El barro es uno de los instrumentos más efectivos dentro de la psicoterapia infantil. A partir de esta actividad, Leo Kanner considera que “los niños son capaces de expresar sus fantasías y conflictos emocionales” (Vega, 1978, p.130).

El proceso de cortado del barro produce gran placer y permite la familiarización con este material (García, A., 2010). Al inicio es fangoso y se pega en las manos; pero a través del amasado adquiere una consistencia más factible para el modelado. Esta actividad, que suele acompañarse de música, facilita la catarsis, la relajación y la canalización de la ansiedad (Castellanos, 2008).

Posteriormente se orienta la elaboración de figuras con el barro, donde el placer de la creación fortalece la atención y concentración, posibilita que surjan conflictos relacionados con la pieza elaborada y que se desarrollen la motricidad y la autoestima. Una vez acabadas las figuras, se colocan en un papelógrafo para que se sequen y endurezcan. Si se desea, pueden pintarse. Para finalizar, se construye una historia grupal, donde participen como personajes todas las representaciones elaboradas (Castellanos, 2008).

Psicotíteres

Para Castellanos (2008):

La dramatización con títeres es una forma de terapia en la que se busca la participación de los niños-pacientes; en un espectáculo en el que se elimina la estructura tradicional actor-espectador sin que se pierdan de vista las dos funciones primordiales del arte y en especial del teatro: la función cognoscitiva ... y el disfrute del hecho artístico (p.17).

Su principal ventaja radica en que los títeres orientan sobre el mejor modo de hacer y dan consejos; posibilitando que el niño llegue a identificarse con el personaje y tienda a imitarlo (Fontes & Pupo, 2006). Es una actividad motivante y dinámica que facilita la implicación con el proceso, el posterior recuerdo de situaciones problemáticas similares a las suyas y el modo en que otros niños le dan solución (Ordaz, 2003).

“Madelaine Rambert lo recomienda siempre en niños menores de 12 años” (Vega, 1978, p.14). Se deben seleccionar el tema a trabajar y las características de los personajes, que estarán relacionados con las problemáticas. La obra debe durar entre 20 y 30 minutos, y se realizará en tres tiempos (Vega, 2008): 1) se presenta al héroe padeciendo la problemática elegida e intercambiando con los niños alrededor de ella; 2) se imaginan situaciones en donde esta problemática se intensifica hasta sus últimas consecuencias; y 3) se resuelve felizmente toda la problemática aunque haya que recurrir a la magia para su superación. El final deberá ser siempre feliz.

Aunque no es terapéutico en sí mismo, se trata de un instrumento de gran utilidad para el terapeuta. Nos ofrece las siguientes ventajas (Roca, 1998): es vivenciado como una situación de juego: el niño

disfruta y no se siente evaluado; los problemas reales se depositan en el títere, pero aún así el niño puede comprenderlos e incorporarlos a su mundo real; se expresan vivencias y actitudes de forma facial, verbal o corporal, que le permiten al terapeuta ganar más conocimiento sobre el niño y su problemática; el terapeuta puede interactuar desde la dimensión del títere, no desde la del adulto; el títere puede tener lugar en un contexto grupal con coetáneos, lo que permite al niño tomar conciencia de lo que ocurre con otros niños; se convierte en un formidable recurso didáctico para modelar ante el niño formas más socialmente ajustadas o más productivas, y menos conflictivas de hacer frente a las demandas y problemáticas de la vida cotidiana; puede ser utilizado con la familia de los niños; y puede ser dramatizado con personajes humanos familiares para el niño, y también con animales y personajes de ficción, que movilizan la fantasía y creatividad del niño.

Terapia psicomotora

La terapia psicomotora comprende al desarrollo infantil como una unidad de experiencia, movimiento, pensamiento, sentimiento y acción. Tiene como objetivo “promover, potenciar y mejorar movimientos en los ámbitos de la motricidad global y fina, así como en la grafomotricidad y el desarrollo de las competencias y habilidades sociales” (García, A., 2010).

La grafoterapia es una de las alternativas más eficientes dentro de esta gama de propuestas interventivas. Implica un “sistema de curación natural a través de la escritura” (García, A., 2010). Para la orientación de ejercicios debe explicarse la postura que se debe adoptar, los movimientos a realizar, la forma en que se colocará el papel, y mostrar el modelo a imitar. Los ejercicios no deben ser seleccionados al azar, sino en correspondencia con las características y necesidades de remodelación de determinados síntomas que molestan o producen displacer (García, A., 2010).

Con antelación a estos ejercicios específicos, puede resultar efectiva la preparación del niño con alguno de los siguientes movimientos (García, A., 2010): tamborileo con todos los dedos excepto el pulgar; separar los dedos 1, 2, 3, 4 y despegar en el otro sentido; movimientos de las muñecas, uniendo las manos con el puño cerrado hacia adentro y hacia afuera en los dos sentidos (baile flamenco); manos unidas por las palmas y separar sin despegar las puntas, abrir la mano y llevar el pulgar hacia la muñeca, sacudir las manos; y rotación del lápiz entre los dedos.

Música como acompañante

La música “representa un refinamiento artístico de actividades biológicamente conducidas que sirve a la necesidad de comunicación, autoorientación, contacto social y expresión emocional a través de la producción de sonidos” (Oswald, 1992, citado por De la Llera & Guibert, 2000, *Terapias musicales*, 1). “Ejerce una notable influencia psicofisiológica sobre los seres humanos; el organismo revela aceleración del metabolismo, aumento o disminución de la energía muscular, aceleración o reducción de la respiración, estimulación de las secreciones internas, entre otros indicadores” (Zaldívar, 1995, p.59). Ha sido ampliamente utilizada dentro de la psicoterapia.

Su valor terapéutico radica en que produce cambios positivos y significativos en el comportamiento humano, promueve la apertura de canales de comunicación, predispone a la concentración, ofrece un espacio para la autoexpresión, incentiva el desarrollo socioemocional, y reduce considerablemente conductas estereotipadas (García, C.R., Rodríguez, J., Barbón & Cárdenas, 1997). Según Vega (2008), otras de sus ventajas son: origina un clima de relajación; el niño siente placer al hacer ruido sin ser castigado, facilita la socialización, despierta un sentimiento de comunidad y favorece la disposición a una auténtica cooperación; contiene principios ordenadores que serían suficientes por sí solos para justificar sus efectos terapéuticos; y no se necesita estar a la defensiva ni se siente la presión de las normas sociales.

Conclusiones

La variedad de métodos para el tratamiento de los menores con Retardo en el Desarrollo Psíquico es amplia. Lo esencial es el proceso de elaboración de la obra, que resulta terapéutico en sí mismo. A partir de la realización de una adecuada caracterización de cada niño con este diagnóstico, de la determinación de sus principales necesidades terapéuticas, y del estudio de las técnicas e

instrumentos más favorables para integrar los programas de intervención grupal; puede lograrse que estos niños transiten en una mejor posición a la enseñanza general y, con ello, favorecer a la política mundial de inclusión de las diferencias.

Bibliografía

Abreus, A. (2014). *Retardo del Desarrollo Psíquico*. Recuperado el 12 de marzo de 2014, de <http://www.monografias.com/trabajos41/retardo-psiquico/retardo-psiquico3.shtml>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. 5th ed. [Versión electrónica]. Washington D.C.: Author.

Amescua, G. (1997). *La magia de los niños*. Cuba: Academia.

Arias, G. (1998). *Los componentes biológicos y lo socio-cultural en la conformación de lo psíquico en el ser humano*. Conferencia Magistral en el 1er Encuentro Internacional de Educación y Pensamiento, Cultura, cognición, cerebro y educación. Puerto Rico.

_____. (2002). *El Retardo en el Desarrollo Psíquico o Dificultades Específicas de Aprendizaje*. Recuperado el 12 de marzo de 2014, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/el_retardo_en_el_desarrollo_psiquico_o_aprendizaje.pdf

_____. (2009). La Psicología Educacional y el sistema de educación en Cuba [Versión electrónica]. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 13 (1). Recuperado el 10 de marzo de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v13n1/v13n1a17>

Bello, Z.S. (2009). *Alternativa psicopedagógica para la educación de la inteligencia emocional en niños con Dificultades en el aprendizaje*. Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias Pedagógicas, Instituto Pedagógico Latinoamericano y del Caribe, Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Especial, La Habana, Cuba.

Calviño, M. (1998). *Trabajar en y con grupos. Experiencias y reflexiones básicas*. Cuba: Academia de ciencias.

Camejo, A. (2013). *Las habilidades cognitivas en escolares con bajo rendimiento académico identificados como potencialmente talentosos en el área del deporte*. Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.

Castellanos, R. (2008). *Una experiencia psicoterapéutica de trabajo grupal infantil. Reflexiones teóricas y metodológicas*. Tesis para optar al título de Máster en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.

_____. (2013). Las técnicas creativas en la Psicoterapia grupal infantil [Versión electrónica]. *Revista Alternativas Cubanas en Psicología*, 1 (3). Recuperado el 10 de marzo de 2014, de <http://acupsi.org/articulo/43/las-tcnicas-creativas-en-la-psicoterapia-grupal-infantil.html>

Cesio, S. (2002). *¿Qué es un grupo terapéutico? ¿Cómo es la modalidad de su funcionamiento?* Recuperado el 12 de marzo de 2014, de <http://enigmapsi.com/grupoter.html>

Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. España: Herder.

De la Llera, E. & Guibert, W. (2000). Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad en la atención primaria de salud [Versión electrónica]. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (3). Recuperado el 10 de marzo de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000300013&script=sci_arttext

Fontes, O. & Pupo, M. (2006). *Los trastornos de la conducta. Una visión multidisciplinaria*. Cuba: Pueblo y Educación.

García, A. (1997). *Psicoterapia Infantil. La especialidad de las contradicciones*. Mesa redonda sobre Psicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

- _____. (2010). *Psicoterapia Infantil* [multimedia interactiva]. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- _____. (2011). *Psicología Clínica Infantil. Su evaluación y diagnóstico* [Versión electrónica]. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- García, C.R., Rodríguez, J., Barbón, D. & Cárdenas, N. (1997). Musicoterapia. Una modalidad terapéutica para el estrés laboral [Versión electrónica]. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13 (6), ISSN 1561-3038. Recuperado el 11 de marzo de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600003
- García, M.T. & Arias, G. (2006). *Psicología Especial*, t. II. La Habana: Félix Varela.
- Gayle, A. (2005). *Una concepción pedagógica para el tránsito de los alumnos de las escuelas de Retardo en el Desarrollo Psíquico a la educación básica*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Recuperado el 2 de marzo de 2014, de <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/tesis/index/assoc/HASH10e/4d83b4.dir/doc.pdf>
- Gómez, A.L., et al (2014). El retardo en el desarrollo psíquico. Antecedentes y actualidad [Versión electrónica]. *Revista digital EFDeportes*, 19 (191). Recuperado el 11 de marzo de 2014, de <http://www.efdeportes.com/efd191/el-retardo-en-el-desarrollo-psiquico.htm>
- Herrera, L.F., Moreno, M.T., Collet, J.J. & Morenza, L. (1987). Estudio del pensamiento en niños de siete a nueve años con retardo en el desarrollo psíquico [Versión electrónica]. *Revista Cubana de Psicología*, 4 (3), 9-16. Recuperado el 11 de marzo de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43221987000300002&script=sci_abstract
- Lara, S. (2012). *Particularidades psicológicas en adolescentes de Secundaria básica egresados de Escuela especial de Retardo en el Desarrollo Psíquico*. Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
- López, E. (2007). *Técnicas creativas. Experiencia psicoterapéutica grupal con niños entre cuatro y seis años con trastornos de las emociones y del comportamiento*. Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
- Mira, E. (1972). *El niño que no aprende*. Argentina: Kapelusz.
- Núñez, H. (2011). *Propuesta de un sistema de actividades curriculares correctivas a través del proceso de enseñanza-aprendizaje de la lectura para los escolares con Retardo en el Desarrollo Psíquico*. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1024/Caracteristicas%20del%20escolar%20con%20Retardo%20en%20el%20Desarrollo%20Psiquico.htm>
- Núñez, O.L. & Gómez, A.L (2011). *Etiología de las dificultades de aprendizaje*. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de <http://www.ilustrados.com/tema/12948/Etiologia-dificultades-aprendizaje.html>
- Ordaz, M. (2003). *Psicotíteres y succión digital. Una propuesta terapéutica*. Tesis para optar al título de Máster en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
- Organización Mundial de la Salud (1989). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Pereira, M. (2010). *Educación Física Especial. Material de apoyo para especialistas en el área deportiva*. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de <http://educacionfisicaespecialmapp.blogspot.com/2010/03/necesidades-educativas-especiales-en-el.html>
- Pérez, A. (2005). *Psicoterapia de grupo con niños, adolescentes y padres: Experiencias de trabajo*. La Habana: Científico-Técnica.
- Roca, M.A. (1998). *Elementos básicos de Psicoterapia Infantil*. La Habana: Academia.

Ruiz, A. (s.f.). *La dinámica histórica del desarrollo de los escolares con problemas en el aprendizaje*. Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.

Valdés, R. (1979). *El desarrollo psicográfico del niño*. La Habana: Científico-Técnica.

Vega, R. (1978). *Psicoterapia Infantil*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

_____. (2008). *El niño con alteraciones psicológicas y su tratamiento*. La Habana: Félix Varela.

Zaldívar, D. (1995). Arte y Psicoterapia [Versión electrónica]. *Revista Cubana de Psicología*, 12 (1-2). Recuperado el 12 de diciembre de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43221995000100006&script=sci_arttext