

Verónica Pousa Rodríguez^a, Nora Olazabal Eizaguirre^b, Eva Sesma Pardo^c, Aránzazu Fernández-Rivas^c, Miguel Ángel González-Torres^c.

^a Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental y Sordera Niños y Adolescentes. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

^b Psiquiatra. Unidad de Salud Mental y Sordera Niños y Adolescentes. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

^c Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Correspondencia:

Pabellón Escuzza, Hospital Universitario Basurto •
Avda. Montevideo 18 • 48013 Bilbao
veronica.pousarodriguez@osakidetza.eus

De la incomunicación sensorial a la bienvenida al mundo: tratamiento con terapia de juego en un niño con sordera

From sensory isolation to welcome the world: play therapy treatment in a child with deafness

RESUMEN

El juego es la vía natural de comunicación de los niños. A través del juego, el niño expresa ansiedades y resuelve conflictos. La terapia del juego se utiliza como herramienta para promover la expresión y la gestión de los conflictos internos y para entender las emociones de los niños.

Caso Clínico: presentamos el caso de un niño de 10 años de edad, con diagnóstico de sordera y de síndrome de CHARGE (acrónimo en inglés de los signos de la enfermedad: C: coloboma ocular, H: cardiopatía, A: atresia de las coanas, R: retraso del crecimiento y/o desarrollo, G: hipoplasia genital, E: anomalías del pabellón auricular y/o sordera). Tiene dificultades de expresión y es complejo establecer una comunicación efectiva con él. Llevamos a cabo una intervención basada en la terapia de juego no directiva, centrada en el apoyo al desarrollo del ego y el reconocimiento emocional.

Conclusiones: la terapia de juego puede servir de puente entre el conocimiento consciente y las experiencias emocionales. El trabajo con terapia de juego, ayudó a este niño a comprender y comunicar sus emociones. Creemos que es una buena técnica para ayudar a los niños con discapacidad auditiva a experimentar e identificar

emociones.

Palabras clave: sordera, terapia de juego, trastorno del desarrollo, mentalización.

ABSTRACT

Play is the natural way of communication of children. Through play, the child expresses his anxieties and resolves his conflicts. Play therapy is used to promote the expression and management of internal conflicts and to understand children's emotions.

Case report: We present the case of an 10-year-old boy diagnosed with CHARGE syndrome. He is deaf. His ability to communicate is markedly impaired and it is difficult to establish an effective communication channel with him. Our intervention focused on supporting development of ego and emotional recognition. To achieve this goal we started a non-directive play therapy.

Conclusion: Play therapy bridges the gap between concrete experiences and abstract thought and emotional experiences. Working with play therapy has helped this child understand and communicate his emotions more effectively. We believe this constitutes an effective technique that helps deaf children experiment and identify emotions.

Verónica Pousa Rodríguez
Nora Olazabal Eizaguirre
Eva Sesma Pardo
Aránzazu Fernández-Rivas
Miguel Ángel Gonzáles-Torres

210

Key words: deafness, play therapy, developmental disorder, mentalization.

INTRODUCCIÓN

El juego es una actividad central durante la niñez, le ofrece al niño la posibilidad de elaborar conflictos, hallar satisfacciones, y expresar deseos. Para el psicólogo, supone una vía regia de acceso a la subjetividad y al psiquismo: a través del juego del niño se puede realizar una evaluación y diagnóstico de lo que le sucede, y, si fuera necesario, indicar un tratamiento.

El objetivo de este trabajo es describir, mediante el estudio de un caso, el abordaje psicológico de las habilidades de mentalización y regulación de las emociones a través del juego.

Se presenta el caso de un niño de 10 años de edad, con sordera prelocutiva y severas limitaciones en las capacidades de comunicación, que presenta alteraciones del comportamiento. El marco terapéutico desde el que se aborda el caso es un tratamiento centrado en la terapia de juego no directiva, con la que se trabaja la capacidad de reconocimiento, simbolización y manejo de las emociones. Se analiza el material recogido durante los 2 años de sesiones semanales con el niño, así como de dos horas de juego grabadas, con el padre y con la madre.

Mentalización y sordera

Desde el momento del nacimiento, el lenguaje es el principal instrumento mediador en el proceso de interacción entre cuidadores y niños. Las alteraciones en las interacciones tempranas de los niños sordos con su entorno, así como el retraso en la adquisición del lenguaje, tendrán implicaciones en el desarrollo socio-emocional y la competencia cognitiva-social. Los estudios al respecto muestran que en comparación con los oyentes, las personas sordas tienen un retraso en la alfabetización emocional y el desarrollo de la teoría de la mente de 3-4 años (1).

En relación con la aparición de las habilidades de mentalización en la infancia, el juego con un padre supone una vía óptima para su desarrollo, ya que mejora la integración entre la realidad interna y externa del niño. En el juego, el cuidador le puede transmitir al niño ideas y sentimientos, mostrando que ellos pueden compartir el juego a pesar de que el cuidador pertenece al mundo externo adulto. En el contexto lúdico, el niño puede empezar a establecer la conexión entre su mundo

De la incomunicación sensorial a la bienvenida al mundo: tratamiento con terapia de juego en un niño con sordera

interno y el mundo interno del adulto. Estas experiencias son cruciales para poder realizar un procesamiento preciso de la realidad externa y moldear o modificar en consecuencia el mundo interno (2).

El juego en Psicología Infantil

En la evaluación o psicodiagnóstico infanto-juvenil, la información que nos puede transmitir un niño es mucho más limitada que en el caso del adulto, ya que no cuenta con un registro verbal y cognitivo tan elaborado y abstracto (3). Entre las herramientas para estimar si el desarrollo de un niño es el esperable para su momento evolutivo tenemos el juego, técnica proyectiva en torno a la cual girará este artículo.

El juego constituye una de las formas privilegiadas de expresión de los niños. Como señala Nora Fornari, en el juego del niño las acciones se despliegan de manera singular. El niño “habla” en sus juegos, con su cuerpo y con lo que hace con los objetos (4); por tanto el psicólogo puede “escuchar” lo que el niño/a “dice” cuando juega.

Desde que Sigmund Freud (1909) descubrió la significación del juego en la elaboración psíquica, han sido varios los autores que han realizado aportaciones para considerar el juego como recurso terapéutico clave. Anna Freud intentó la primera sistematización del método de análisis de niños; Melanie Klein (1929) creó la técnica de juego como método para acceder al psiquismo infantil; y Arminda Aberastury creó la Hora de Juego Diagnóstica (1962).

Aunque la utilización del juego como técnica diagnóstica surgió en el ámbito del psicoanálisis, las conceptualización del mismo como medio de conocer y potenciar aspectos importantes de la vida del niño ha sido también explicada y desarrollada en otros marcos teóricos. Entre ellos, encontramos la teoría del desarrollo genético de la inteligencia (Piaget, 1945); la teoría del desarrollo psicomotor (Lapierre y Acoutourier, 1997; Newson y Newson, 1979) o la teoría socio cognitiva (Vygotsky, 1933) (5).

Evolución del juego durante el desarrollo infantil

Observando a los niños podemos comprobar cómo, a medida que crecen, juegan de manera diferente. Se evidencia así que hay una evolución en el modo de divertirse a través del desarrollo infantil. El psicólogo suizo Jean Piaget ha realizado una extensa descripción de los principales tipos de juego que aparecen

cronológicamente en la infancia. En su obra señala la existencia de una serie de estadios evolutivos, en cada uno de los cuales predomina un determinado modo de jugar (6). Las acciones y los juegos reflejan distintos niveles de simbolización. Nos encontramos así con un recorrido que va desde lo más corporal (vinculado a la descarga psicomotriz y la exploración) hacia niveles de mayor representación simbólica (2).

Además de proporcionar al niño placer y diversión, es una actividad que estimula y exige diferentes componentes del desarrollo infantil. Es el escenario en que los niños pueden practicar y poner en marcha sus habilidades. Las aportaciones del juego se dan en todas las áreas del desarrollo: cognitivo (permite comprender el entorno y desarrollar el pensamiento), social (se inicia el aprendizaje de la reciprocidad y la empatía), emocional

Juego funcional o de ejercicio (sensoriomotor) 0 – 2 años	Repetición de una acción por placer inmediato
	Beneficios: desarrollo sensorial, coordinación de movimientos, equilibrio
	Evolución: <ul style="list-style-type: none"> • 0 a 4 meses: reacciones circulares primarias (el propio cuerpo) • 4 a 8 meses: reacciones circulares secundarias (el entorno) • 8 a 12 meses: intencionalidad de la acción • 12 a 18 meses: coordinación de acciones • 18 a 24 meses: representación mental antes de actuar (imitación diferida). Por ejemplo: hacer como si hablara por teléfono
Juego simbólico (preoperacional) 2 – 6/7 años	Simulación de situaciones, objetos y personajes no presentes
	Beneficios: comprensión del entorno, desarrollo del lenguaje, imaginación, creatividad
	Evolución: <ul style="list-style-type: none"> • pre-simbólico (12 a 19 meses): empieza a identificar el uso funcional de objetos diarios • simbólico (>19 meses): imitación de escenas cotidianas Los otros en el juego simbólico: <ul style="list-style-type: none"> • juego individual: no tener en cuenta los demás (<2 años) • juego paralelo (2 – 4 años) • juego compartido (> 4 años)
Juego de reglas (operaciones concretas)	Presencia de reglas en el juego desde los primeros años. Acuerdos sobre los escenarios/ roles (juego simbólico)
	Beneficios: aprende a respetar turnos, a ganar o perder, favorece el lenguaje, la memoria...
	Evolución: de lo individual (no reglas) → recibir reglas de otros → a lo colectivo (ganadores y perdedores / inamovibles) → su conciencia

Juego y discapacidad

Las actividades divertidas con las que se lo pasan bien los niños con discapacidad tienen las mismas funciones que en cualquier otro niño. El juego es una actividad espontánea en todos los niños y es equivocado pensar que en niños discapacitados es sólo una terapia y un medio para la rehabilitación (7).

Podemos considerar el juego en niños con discapacidad de dos formas. Primero, como actividad espontánea y natural del niño con la que obtiene momentos de ocio y diversión, favoreciendo su sociabilidad y creatividad. Segundo, como un medio para el desarrollo global.

(se expresan y manejan emociones propias a través de los personajes y escenarios del juego) y motor (se pone en marcha la motricidad gruesa, fina y coordinación óculo-manual).

Estas dos maneras de entender el juego no deben tomarse de forma absoluta, sino como formas complementarias, donde no se aprecie una línea divisoria clara entre la función de diversión pura del niño y la función terapéutica y educativa o de desarrollo. Es decir, al igual que en los niños sin discapacidad, el momento de juego se convierte a la vez en diversión, desarrollo y aprendizaje.

¿Qué es la terapia de juego?

La Terapia de Juego es un modelo terapéutico que utiliza el juego como medio natural de autoexpresión, experimentación y comunicación. Le brinda al niño la posibilidad de manifestar su historia personal, liberar sentimientos y frustraciones, reduciendo las vivencias dolorosas (8). En la Terapia de Juego el Terapeuta está habilitado para entender e involucrarse en el juego del niño y es capaz de crear una relación de seguridad y confianza que favorece la expresión y manejo de los conflictos internos del niño y la comprensión de sus emociones.

Los objetivos generales de la terapia de juego se centran en que el niño encuentre oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, que tome conciencia de sus recursos y potencialidades y ayudarlo a la normalización de sus pautas de desarrollo.

Aunque el abordaje terapéutico desde este marco puede dirigirse a un amplio espectro de patologías y problemáticas infantiles, la literatura señala que es especialmente recomendable para niños que han experimentado traumas de diferente índole. En esta definición de trauma se incluyen, el maltrato físico,

emocional o sexual, ser testigo de violencia familiar o social, acoso, negligencia y abandono, pérdidas y duelos, separación de los padres, adopciones, hospitalización, procedimientos médicos dolorosos, enfermedades crónicas o terminales.

Terapia de juego no-directiva

La terapia de juego puede ser directiva, en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar, o no-directiva. En esta última, el terapeuta deja que sea el niño el responsable y el que indique el camino a seguir. La terapia no-directiva es la intervención de la que hablaremos en esta revisión y que hemos empleado en el abordaje del caso clínico que presentaremos. Y más concretamente, nos centraremos en el modelo de terapia de juego no-directivo de Virginia Axline (1947) (9).

Según Axline (1947) la conducta del individuo parece causada todo el tiempo por un impulso: el de la completa autorrealización. Cuando el individuo se encuentra con una barrera que le dificulta alcanzar la relación del ser completamente, existe un área de resistencia y tensión. Las manifestaciones exteriores de conducta dependen de la integración de las experiencias presentes y pasadas,

De Expresión Corporal y Movimiento	Incluye el movimiento grueso (todo el cuerpo), el movimiento fino y el sensorial (uso de texturas, sonidos, sabores, olores e imágenes)
De Expresión Plástica y Narrativa	Uso del dibujo y otros medios plásticos como la pintura que ayudan al niño a expresar su experiencia
De Expresión Sensorial	Consiste en investigar y manipular a través de los sentidos diversos materiales, texturas, sabores, olores, sonidos, incrementado la auto-confianza del niño
De Expresión Afectiva	Uso de mascotas para restaurar la capacidad de dar y recibir afecto
Juego de Descarga y de Expresión Emocional	Juego con barro, bolsa de boxear, tubos de espuma, tablero de dardos y mazos de plástico suave
Juego de Visualización Imaginativa	Uso de imágenes mentales para ayudar a la inducción de sensaciones agradables. Especialmente recomendado en niños con procesos oncológicos
Juego de Expresión Creativa	El terapeuta construye sobre las ideas del niño y le ayuda a ver nuevas posibilidades en su juego
De Expresión Dramática	Implica jugar con roles a través de la improvisación. El niño usa máscaras y elabora su historia y el terapeuta le ayudará a diferenciar la realidad de la imaginación
De Expresión Musical	La música es el elemento ideal para ayudar al niño a suavizar y auto-regular mejor los estados de hiperactivación y a experimentar un estado de mayor equilibrio. También se utiliza para promover en el niño la confianza y el desarrollo de interacciones recíprocas con otros (improvisación)
Juego Proyectivo Simbólico	Implica expresar simbólicamente las experiencias y sentimientos a través del juego con arena, agua, arcilla, materiales de construcción, la casa de muñecas, títeres, marionetas, máscaras

y están encaminadas a la satisfacción de este impulso interior que continua a lo largo de la vida. En este sentido, la diferencia entre adaptación y desadaptación se establece de forma que una persona adaptada es aquella que puede dirigir su conducta por medio de la evaluación del medio, la selección del comportamiento y la aplicación del mismo para alcanzar su máxima meta en la vida (la completa autorrealización). En contraposición, el desadaptado carece de la suficiente confianza en sí mismo como para poder dirigir su curso de acción abiertamente, parece estar satisfecho de crecer en su autorrealización de forma vicaria en vez de directamente y no canaliza ese impulso en una dirección más productiva y constructiva (9).

Este modelo se construye sobre la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, tanto la habilidad para resolver sus propios problemas como el impulso de crecimiento. Son principios basados en la técnica de orientación no directiva de Carl R. Rogers, desarrollada en su obra *Psicoterapia centrada en el cliente* (1951).

En su obra, Axline señala 8 principios básicos que serán aquellos que guíen tanto la actitud como las intervenciones del terapeuta y que asegurarán la eficacia del tratamiento (9).

1. Estableciendo la relación. Desarrollar una relación interna y amigable con el niño.
2. Aceptando al niño como individuo. Acepta al niño tal como es: no mostrar impaciencia y no realizar críticas, reproches o halagos en lo relativo a acciones o palabras.
3. Estableciendo un sentimiento de permisividad. Crear un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. Reconocimiento y reflexión de sentimientos. Reconocer los sentimientos que el niño está expresando y reflejarlos de nuevo hacia él para que pueda profundizar más en su comportamiento.
5. Conservando el respeto hacia el niño. Respetar su para solucionar sus problemas y ayudarle a comprender que es responsable de sí mismo.
6. El niño guía el camino. No dirigir las acciones del niño. No realizar sugerencias. El cuarto de juego y los materiales están a disposición del niño, en espera de su decisión.
7. La terapia no debe ser apresurada. No apresurar el curso de la terapia. El intento de forzar al niño a

expresar sus sentimientos ocasiona su retraimiento.

8. El valor de las limitaciones. Solamente se establecen las limitaciones necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad. El elemento tiempo es la más obvia limitación.

CASO CLÍNICO

Se trata de un niño de 10 años de edad, que inicia consultas en la Unidad de Salud Mental y Sordera Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto en marzo 2013. Acude derivado para valoración por dificultades comunicativas y trastorno de conducta. Desde hace un año presenta rabietas en relación a situaciones de frustración objetivadas en el medio escolar y familiar.

Como antecedentes médicos, destaca que es diagnosticado de síndrome de CHARGE. El acrónimo CHARGE fue adoptado en 1981 e implica los siguientes signos: (C) coloboma ocular; (H) cardiopatía; (A) atresia de las coanas; (R) retraso del crecimiento y/o desarrollo; (G) hipoplasia genital; (E) anomalías del pabellón auricular y/o sordera.

Debido a todo ello, existen dificultades visuales, auditivas y de expresión comunicativa. Es portador de implante coclear derecho desde 2007.

Nació tras parto prematuro y sufrió severos problemas orgánicos en el postparto. Por ello, pasa gran parte de su primer año de vida hospitalizado y requiere cuidados intensivos, con escaso contacto físico con los padres. Tras el alta hospitalaria, continuó recibiendo constantes cuidados médicos para asegurar su supervivencia. En todo este proceso, la madre ha estado muy presente y centrada en el cuidado del niño. El juego en la infancia ha sido poco lúdico, siempre centrado en lo físico y con finalidad rehabilitadora.

A la exploración inicial en nuestra consulta se observa un buen contacto ocular, mostrándose el menor confiado. La intención comunicativa está presente y no hay signos de trastorno generalizado del desarrollo. La comprensión de órdenes sencillas es adecuada. Señala objetos y los explora. Mantiene la atención en las actividades propuestas, con tendencia a la irritación cuando se le demandan tareas que considera difíciles o fatigantes. La capacidad comunicativa está notablemente afectada, siendo complejo el establecer un sistema de comunicación eficaz, dada la ausencia de lenguaje tanto verbal como de otro sistema de comunicación reglado.

En cuanto a la valoración del desarrollo, se administran

Verónica Pousa Rodríguez
Nora Olazabal Eizaguirre
Eva Sesma Pardo
Aránzazu Fernández-Rivas
Miguel Ángel Gonzáles-Torres

214

la Tabla de desarrollo infantil de Haizea-Llevant y las pruebas no verbales del Cumanin (Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil). Los resultados muestran un patrón de madurez disarmónico, encontrándose un mayor retraso en aquellas áreas dependientes del lenguaje.

En base a las características del caso, se diseña una intervención en dos niveles. En un primer momento se introduce, desde el área pedagógica, un sistema de comunicación basado en pictogramas y Lengua de Signos Española (LSE). De forma complementaria, y desde una perspectiva psicológica y emocional, se inicia un abordaje centrado en el apoyo del desarrollo yoico, el reconocimiento y manejo de las emociones y la introducción del juego como actividad lúdica; todo ello mediante el establecimiento de sesiones semanales de terapia de juego no-directiva, con uso de la LSE como vehículo de intercambio interpersonal.

A lo largo de las sesiones se ha podido observar un cambio sustancial en el comportamiento y juego del niño. Se ha producido un cambio gradual desde el uso repetitivo de juguetes muy simples (cubos y muebles de colores), que el menor ordenaba sistemáticamente por categorías básicas (color, forma) a la introducción de elementos con mayor contenido simbólico (personas, medios de transporte). En el juego se ponía de manifiesto la necesidad de orden externo para lograr el mismo efecto a nivel interno. Progresivamente ha introducido juguetes que le permitían exponer en consulta facetas más elaboradas de su vida emocional.

En cuanto al vínculo establecido con la terapeuta, el nivel de complejidad del mismo también ha ido variando con el tiempo. Al principio el niño presentaba un contacto ocular limitado y mostraba conductas agresivas dirigidas hacia la terapeuta, interpretadas éstas como señales de frustración. Progresivamente, ha ido aumentando la proximidad y calidez del vínculo, con mayor contacto ocular, proximidad física al jugar y momentos de juego compartido. La complejidad de la comunicación también es cada vez mayor: el niño pasa de no establecer lazos de comunicación a emplear de forma espontánea estructuras sencillas en LSE y comunicarse de forma reglada para pedir o señalar elementos del juego.

En las sesiones con los padres se ha podido objetivar una dinámica del juego centrada en los elementos concretos y pedagógicos del mismo. No se producía reflejo de los estados mentales del niño, ni devolución de

De la incomunicación sensorial a la bienvenida al mundo: tratamiento con terapia de juego en un niño con sordera

los sentimientos expresados, fallando así el espejamiento (la función especular) de los afectos.

En esta línea, las intervenciones de la terapeuta se han ido complejizando, desde sesiones centradas en la descripción narrativa del juego a reflejar con mayor frecuencia la esfera emocional del niño y la existencia de mundo interno propio que dirige la conducta. Asociar la esfera emocional con la conducta (descarga psicomotriz, mantenerse en una actividad, cambio de juguete...), asociar las sesiones entre sí (comparar estados previos y actuales), nombrar emociones simples y manejarlas ha sido la secuencia natural de las intervenciones y de la conducta del niño.

CONCLUSIONES

El empleo del juego como instrumento de evaluación y como técnica de intervención, constituye un elemento clave en psicología infantil. En esta presentación de caso lo planteamos como una herramienta útil en el abordaje clínico de niños con discapacidad auditiva. Como en cualquier otra área de la psicología, es fundamental seleccionar y adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades del niño, y creemos que la terapia de juego no-directiva es un buen método para experimentar e identificar emociones en población sorda.

En el caso presentado, la evolución observada indica aumento en la capacidad del menor para reconocer la existencia de emociones que guían la conducta, así como de un manejo más adecuado de las mismas. El niño ha adquirido una mayor conciencia de la responsabilidad de sus actos. La capacidad de mentalizar ha empezado a aparecer, lo que está en consonancia con los desarrollos de Fonagy y Bateman en el sentido de que la función reflexiva es un logro en el desarrollo que se logra en la interacción con el otro (10).

La relación del niño con el momento de juego también ha cambiado. Ha evolucionado desde un juego muy estructurado a disfrutar cada vez más de su hora de juego, entendiendo la parte dinámica y lúdica del mismo.

En conclusión, la terapia de juego sirve de puente entre la experiencia concreta y el pensamiento abstracto y experiencias emocionales. Creemos que esta técnica es una buena vía para ayudar a los niños sordos experimentar e identificar emociones. Tenemos que tener en cuenta, sin embargo, que esta presentación es sólo un ejemplo de un tratamiento que se puede realizar en los niños sordos. Es importante adaptar las intervenciones a

la las características de esta comunidad. En definitiva, en este caso la terapia de juego ha permitido a este niño el poder pasar de una situación de incomunicación sensorial a la bienvenida al mundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Cuenca, A. M., Barajas Esteban, C., Linero Zamorano, M. J., & Quintana García, I. Deficiencia auditiva y teoría de la mente. Datos para la reflexión y la intervención. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 2008, 28(2), 99-116.
2. De Litvan, M. A. Diferentes caminos hacia la mentalización. Exploración de los estados pre reflexivos y su relación con el sí mismo. *Mentalización: revista de psicoterapia y psicoanálisis*. Año I. N° II (Abril 2014).
3. Psicodiagnosis.es: Psicología infantil y juvenil. Evaluación psicológica. <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/evaluacionpsicologica/>.
4. Fornari, E. N. El juego: un enigma a descifrar. *Revista de la Asociación psicoanalítica de Buenos Aires* 1998; (277-285).
5. Alejandro Ávila Espada (1997) Evaluación en psicología clínica (Vol. II): estrategias cualitativas. Amaru Ediciones.
6. Criado, G. M. (1998). El juego y el desarrollo infantil.
7. Silvina Cáceres (2010) Tesina. El juego y las habilidades de comunicación en adolescentes sordociegos. Facultad de Psicología. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad abierta Interamericana.
8. Play Therapy Spain. Asociación española de terapia de juego (AETJ). <http://www.terapiadejuego.es/>.
9. Axline, V. M. (1975). *Terapia de juego*. Diana.
10. Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad, Tratamiento basado en la mentalización*. Editorial Universitaria. (Trad. D. C. Peña y R. S. Ramonet.).