

## ¿Es que, esto es la vida?

Reflexiones sobre la teoría y la práctica a propósito de una experiencia terapéutica

*“La fe es saber, más allá de la simple consciencia, que si se da un paso más seguirá habiendo un suelo bajo nuestros pies,”<sup>1</sup>*

### I.

La primera vez que ví a T<sup>2</sup> la trajo su hermana mayor (M). Tenía 37 años, una hija de 5 y estaba separada y había vuelto a vivir con su madre. Era la cuarta de una familia de cinco. Hacía un año que una hermana se había suicidado y este había sido el desencadenante de su estado. Según M todos en la familia lo habían superado menos ella.

T estaba muy delgada, tenía pronunciadas ojeras y su voz era un susurro. Entró cabizbaja, con los hombros inclinados hacia delante, un pañuelo en la mano “*que siempre llevo porque me pongo muy nerviosa y me sudan*” y el paso lento y pesado. Sentí su enorme fragilidad y grandes deseos de protegerla.

A su lado su hermana mayor se expresaba con voz potente y enérgica, comunicándome lo que le pasaba a T. Hablaba con las ideas muy claras y con mucha seguridad. T habló poco y con frases cortas cuando me dirigí a ella.

### II.

El motivo de consulta, según su hermana (la voz de T en esos momentos) era porque desde el suicidio T lloraba frecuentemente, sólo comía unos determinados alimentos y siempre los mismos, había aumentando su hiperactividad natural (no se sentaba ni para comer), sus manías y cabezonerías eran más numerosas y sobretodo su obsesión por la limpieza se había agudizado hasta extremos insostenibles.

T había accedido a venir porque se sentía culpable de que su familia sufriera por su culpa y manifestó que quería que su hermana la acompañara porque no confiaba en que si quedaba a solas conmigo acudiera a las citas.

Durante el primer periodo las experiencias son peculiares: en ocasiones vienen las dos y M es la que habla “por boca” de T. En otras viene M pero T no viene. Durante estas últimas, normalmente M me cuenta experiencias de su hermana e incluso suyas, llegando a compartir conmigo situaciones de abuso que ha recibido por parte de algunos adultos de su familia y que T desconocía.

Al profundizar en la historia de T me di cuenta de que :

- 1) M la hermana mayor había estado en tratamiento con un psicólogo por ansiedad,

---

<sup>1</sup> Perls, F. S., Hefferline R.F. y Goodman P.: “*Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*” Libros del CTP-4. 2001. (II, 8, 6, 2). A partir de ahora PHG (Volumen, capítulo, apartado, párrafo)

<sup>2</sup> Llamaremos a nuestra protagonista T, a efectos de salvaguardar su intimidad, aunque hemos obtenido su permiso para relatar los hechos que constan en el presente artículo(N.del A.)

- 2) S el segundo de los hermanos también había acudido a un psicoterapeuta por problemas de ansiedad y de pareja debido a la fuerte dependencia que este tenía de su familia de origen y
- 3) la madre llevaba muchos años medicada con ansiolíticos.

T tiene un padre alcohólico, maltratador psicológico y físico (T relata las grandes palizas que en alguna ocasión le había propinado a su hermano A, el pequeño ante la mirada impasible de la madre), ludópata e incestuoso. La madre de T ha sido la criada de su marido y su suegra y también de su familia de origen así que, entre la atención a ambas familias y el trabajo para mantener a su propia familia y pagar las deudas que generaba su marido, a todos los efectos una madre ausente pero que había querido dejar muy claro que gracias a su trabajo su familia había salido adelante y que todo lo que había hecho era por y para sus hijos.

M que es la hermana mayor, había sido (y sigue siendo) la madre sustituta de todos: la que ha impuesto las normas, la que ha dirigido la casa, la que se ha preocupado en momentos de enfermedad etc. M fue abusada sexualmente por su padre con 13 años y luego por su padrino. No contó nada hasta que fue adulta (porque pensaba que con ello protegía a la familia) y sólo cuando T tuvo una hija con el fin de protegerla. M era definida por la familia como la protectora. Le siguen T y S que eran los que *“acatábamos las normas sin rechistar, aunque no nos pareciera bien”*, dice T. Luego estaba SR, la rebelde, que se suicidó tirándose por una terraza hacia un año y que también había sufrido abusos sexuales de su padre. Vivía con un hombre que la trataba mal y al que mantenía, según cuenta T.

Aunque nunca surgió el tema de los abusos por parte del padre (del que dicen que era su “ojito derecho”) a T en las sesiones de terapia, intuyo que ella pueda haberlos sufrido también. La familia había definido a T como *“La llorona”*.

Y por último está A, el pequeño, el trasto, el desastre, rechazado, humillado y maltratado a todos los niveles y continuamente por el padre. Todos han vivido siempre en casa de la abuela paterna, con ella. Entre el padre y la abuela había una coalición en contra de la madre.

La separación de los padres de T se produjo cuando los hijos ya eran adultos, pero incluso después de la separación estos han seguido haciéndose cargo del padre por indicaciones de la madre: le han dejado una casa para vivir, le siguen pagando las deudas... Según la madre el detonante de la separación fue enterarse de que su marido había abusado de sus hijas, pero T piensa que su madre siempre lo supo y no hizo nada.

Estamos ante una familia con tendencia a la confluencia neurótica y a fomentar la represión: de los afectos, de los instintos, de los impulsos, de la curiosidad, de la emoción, de la palabra, de los movimientos espontáneos.

*“La confluencia es la condición de no contacto, no hay frontera del self” (...)  
Estamos en confluencia con todo aquello de lo que dependemos  
fundamentalmente irremediablemente y sin problemas. (...) el niño está en  
confluencia con su familia... Si se fuerza a alguien a hacerse consciente de estos  
fondos de seguridad última, las bases desaparecen y la ansiedad surge....”<sup>3</sup>.*

---

<sup>3</sup> PHG. II, 15, 4, 1

T presentaba importantes rasgos obsesivos de personalidad en forma de rituales como más tarde veremos. La confluencia impide contactar con la novedad. El obsesivo encuentra “satisfacción” en la repetición de lo ya conocido.

Nos encontramos ante una familia donde son habituales frases del estilo: “*estoy harta de tu padre, se gasta el dinero, es un borracho y hay que quererlo porque es tu padre*”, como le decía su madre a T. Si habláramos de una *actitud retórica*<sup>4</sup> familiar encontraríamos como a través de estos mensajes (donde al mismo tiempo, sobre la misma persona, se dan dos indicaciones contradictorias) se pretendería una manipulación constante para mantener el statu quo. Toda emoción es castigada. La culpa es el precio de la búsqueda de diferenciación de sus miembros.

Tomemos como ejemplo de esto último la existencia implícita de la orden por la cual no se podía hablar de la hermana muerta o llorar por ella o preguntar lo que pasó pero, sin embargo, la casa estaba llena de fotos de ella.

Que todas estas consideraciones estuvieran en el fondo del encuentro permitió avanzar en el proceso terapéutico porque era importante que:

1. la terapeuta estuviera atenta a que los límites que se establecieran fueran claros y flexibles
2. que se diera el ritmo necesario para que emergieran nuevos significados alejados del contenido familiar introyectado, sin que esto se percibiera como una invasión (un abuso) y
3. se pudiera generar un entorno para que la paciente agrediera sus introyectos sin sentimiento de culpa y le permitiera ir un poco más allá. Proponer en lugar de exigir. Pedirle permiso para experimentar.

### III.

Aunque aparentemente los síntomas depresivos fueran los que hacían figura en los primeros encuentros, a medida que avanzaba la terapia iban apareciendo otros en forma de rituales obsesivos y trastornos de la alimentación.

La familia quería que dejara de tener “*manías*”, “*cabezonerías*”, como ellos los llamaban y de obsesionarse con la limpieza y que se alimentara correctamente. Ella quería querer hacerlo. Sin embargo en una de las sesiones me dijo que el ritual de limpieza era lo que le permitía levantarse todos los días y ponerse en marcha, sin él se perdería y no sabría lo que hacer.

Esto es importante porque en Terapia *Gestalt* sabemos que los síntomas un día fueron ajustes creativos en un entorno hostil (y lo seguían siendo) que permiten al paciente, si no crecer, no perder su capacidad de contactar la realidad (aunque su *función yo* esté muy disminuida). Así que era importante dejar intacto todos los rituales en tanto en cuanto tuvieran una función para la relación organismo/entorno. Incluso quizás los nuevos síntomas depresivos habían sido soportados gracias a su capacidad de ritualizar la realidad.

---

<sup>4</sup> PHG, II, 13, 8, 1. “...la actitud retórica, la propia manera que tiene uno de manipular las relaciones interpersonales...”

#### IV.

*¿Es que esto es la vida?*, preguntaba a nadie en concreto T con frecuencia durante las sesiones de terapia, haciendo referencia a lo absurdo que era para ella levantarse todos los días, hacer lo mismo, de la misma manera una y otra vez.

Giovanni Jervis dice que *“a los obsesivos hay que enseñarles a vivir”*. Si traducimos esta afirmación a un lenguaje *gestáltico*, puesto que la terapia *gestalt* es más un cuestión estética que psicopatológica, es decir es el estudio de cómo las personas construyen/destruyen formas de la experiencia, entonces lo que los obsesivos y los terapeutas tenemos que hacer es construir formas con viveza. Frente a las formas *“desvitalizadas, pobres, sosas, confusas, desprovistas de gracia, carente de energía (una gestalt débil) en la que hay falta de contacto o algo del entorno no se ha tenido en cuenta o alguna necesidad orgánica no se ha expresado”*<sup>5</sup>, a lo que hay que dar vida es al contacto (al *self*) contribuyendo a la construcción de formas *“intensas, claras, con unidad, fascinantes, con gracia, vigor, flexibilidad, etc”*<sup>6</sup>.

También es importante la construcción de figuras con un fondo sólido en el que poder sustentarse. En ocasiones los trastornos de ansiedad son figuras sin fondo.

El encuentro tiene que permitir la generación de futuro: construyendo (a dos) otro sentido, deshaciendo introyectos y asimilando experiencias nuevas.

#### V.

Un aspecto que me parece interesante de mi experiencia profesional, es la frecuente asociación de síntomas ansiosos y depresivos y me atrevo a establecer algunas intuiciones personales respecto a T (y su entorno):

- 1) lo que caracteriza su ansiedad y depresión es la retroflexión de la agresividad. De hecho a medida que T consigue sentir y expresar enfado hacia miembros de su familia, ambos tipos de síntomas mejoran.
- 2) tanto en la ansiedad como en la depresión hay pérdida. En la depresión hay pérdida en relación al pasado y en la ansiedad hay una pérdida anticipada de futuro (visión temporal de la terapia *gestalt*)
- 3) La pérdida, el miedo de T a perderse (la pérdida última siempre es la muerte) hace emerger la necesidad de rituales que den orientación, sentido, dirección.
- 4) La repetición constante de los mismos contactos, sin novedad pudo provocar en T decepción y frustración.

#### VI.

T presentaba ideas obsesivas acerca de su cuerpo. Siempre había estado *“gordita”* y había realizado esfuerzos obsesivos para adelgazar, por ejemplo todos, absolutamente todos los días, después del trabajo, fuera la hora que fuera cuando terminara, tenía que nadar y correr antes de volver a su casa.

---

<sup>5</sup> PHG, II, 1, 6, 2

<sup>6</sup> Bis.

**Terapeuta:** *¿y qué pasaba si un día no podías hacerlo?*

**T:** *yo siempre podía, aunque tuviera que llegar a casa a las 2 de la mañana*

T mostraba una preocupación obsesiva hacia el cuidado de su hija. Preocupación constante por la salud de esta. Su hija que sufre unos ataques que normalmente se producen por la noche y que los médicos asocian al crecimiento y “*que con el tiempo desaparecerán*” dice T que le han dicho. Y sin embargo la niña, que ahora tiene 8 años, sigue durmiendo en la cama con la madre, para tranquilidad de esta: por si le da un ataque por la noche, se golpea, se cae o cualquier desgracia parecida. Me parece curioso que la niña todas las semanas tenga alguna enfermedad. T sabe que lo que hace no es bueno para su hija... “*pero no puedo evitarlo*”, me dice.

T también tiene un gran miedo a que su hija se haga mayor y no la necesite.

A raíz de la muerte de su hermana T viste siempre igual: pantalones vaqueros y camiseta negra (tiene dos, de quita y pon y dependiendo de la época del año, son de manga corta o tirantes o de manga larga) y zuecos negros en verano y en invierno. Dejó de comer todo lo que no fuera queso, pan y aceite (por lealtad a su hermana, con la que, al ser vecinas, cocinaban o se intercambiaban platos o comían juntas). Dejó de nadar. Dejó de correr. Dejó de maquillarse. Dejó de acudir a ciertos lugares a los que iba con su hermana.

El ritual principal que sostiene la vida de T consiste en lo siguiente: hasta hace un par de meses T se levantaba a las 8 de la mañana y despertaba a su hija. Mientras esta se levantaba, ponía una lavadora y luego volvía con su hija, la lavaba, la vestía, hacía el desayuno, la llevaba al colegio y vuelta a casa. Mientras esperaba la hora de recoger de nuevo a su hija en el colegio, descolgaba las cortinas (cada día de una habitación, por orden y de manera rotatoria) y las ponía a lavar, mientras se lavaban, pasaba la aspiradora, fregaba el suelo, pasaba la mopa, limpiaba las paredes con agua y lejía y el polvo de los muebles y así con cada habitación. Luego iba a recoger a su hija y volvían a casa, servía la comida a su hija y ella continuaba la limpieza por donde se había quedado. Su comida la realizaba de pie yendo y viniendo, alimentándose de lo único que comía en aquel entonces pan, aceite y queso. Después de comer volvía a llevar a su hija al colegio y hasta la hora de recogerla realizaba las compras y visitaba a su madre. A las cinco recogía a su hija y se iban a casa de la madre de T donde estaban toda la tarde hasta la hora de volver a su domicilio y vuelta a empezar. Mientras su marido (todavía no se habían separado) bañaba a su hija, ella seguía limpiando las habitaciones que le quedan o volvía a empezar por el principio. Luego se acostaban, cuando la hija era más pequeña, los tres juntos y cuando la hija creció, la madre y la hija juntas y el padre en la cama de la hija solo.

Con la muerte de la hermana T incorporó a este ritual principal uno accesorio que consistía en que (al principio todos los días, en la actualidad dos o tres veces por semana), cuando dejaba a la niña en el colegio, antes de volver a su casa, iba al cementerio y “*arreglaba*” a su hermana.

Después de dos años de terapia, las navidades del año 2010, se permitió comprarse una camiseta negra, pero con lentejuelas (también negras), lo cual suponía una gran novedad en su atuendo habitual. Además empezó a incorporar a su dieta verdura, leche y galletas y un día se animó a nadar, abriendo la posibilidad de retomar esta actividad con la que

tanto disfrutaba.

## VII.

La experiencia de T durante su infancia fue la de no haber sido protegida nunca por ningún adulto, haber visto como su padre pegaba palizas brutales a su hermano pequeño delante de su madre sin que esta hiciera nada por evitarlo, haber vivido el terror de oír llegar a su padre y temer que viniera borracho (como era habitual por aquel entonces), haber vivido el maltrato, las vejaciones, las humillaciones hacia su madre (de su marido, de su suegra, de su madre) y haber vivido en un campo experiencial ilógico, paradójico... sin salida.

M.V. Miller dice que el *“obsesivo como una persona que sólo tiene curiosidad infinita sobre lo que ya conoce y esta curiosidad infinita se llama duda y la duda produce mucha ansiedad. El obsesivo llega a la frontera, al punto de encuentro con el mundo y se para, duda y no puede ir más allá. Busca la certeza absoluta para poder actuar. Esta búsqueda de la verdad absoluta sólo puede cesar cuando uno tiene fe. Pero el obsesivo perdió la fe cuando era muy pequeño.*

*Un niño pequeño tiene que confiar en que el entorno es seguro, porque no tiene otras opciones y el niño espera que de forma natural, va a haber una continuidad en esta seguridad, pero si siendo muy pequeño este entorno no es seguro, el niño no es cuidado, es abusado, maltratado y pierde la fe en la seguridad del entorno, esto puede ser un buen germen para la aparición del obsesivo”<sup>7</sup>*

El obsesivo tiene terror a la diferenciación. Sirvan como ejemplos de esto en la experiencia con T que:

- T hablaba siempre en “plural familiar”: *“estamos mal”, “nos están presionando mucho”, “estamos agotados”, “no nos dejan salir de esto”* etc.
- M es la que pone la voz a T en las primeras sesiones, incluso habla por ella en su ausencia.
- T cuenta que al día siguiente de la boda su madre la llamó para que fueran a comer y ella cogió sus cosas y la ropa y se fue a casa de su madre *“a hacer lo que siempre había hecho todas las mañanas”* según me dice.

*“Lo contrario de la sensación de seguridad (que es la búsqueda interminable e inalcanzable del obsesivo) es la fe. Fe en el hecho de que su fondo se mostrará adecuado.”<sup>8</sup>*

## VIII.

Durante el proceso se pudieron observar cambios (que su familia no reconoce, les parecen poco, los ridiculizan) significativos en el modo de contactar de T. Podía expresar enfado hacia miembros de su familia por los que decía sentirse dañada. Llevaba dos meses sin realizar los rituales obsesivos en su casa porque *“ya no me sirven, ya no me calman”*, según me decía. Empezaba a “ver” al otro, pasando de entrar a sala de terapia cabizbaja a saludar a la terapeuta incluso usando expresiones que reflejaban un cierto sentido del humor. La hermana muerta había dejado de ser el tema

---

<sup>7</sup> Vicent Miller. Taller: perspectiva temporal de la terapia gestalt. Madrid 19-20 de marzo 2011

<sup>8</sup> PHG. II, 9, 2

central. Había surgido la curiosidad por lo desconocido: le ofrecieron un trabajo completamente distinto de lo que había hecho hasta ahora (que era limpiar casas) que consistía en que una persona que hacía seguros necesitaba a alguien que le gestionara la agenda, organizándole visitas, concertando citas, llamando a la gente y, aunque al principio le daba mucho miedo, se animó a probar. Volvió a recuperar alguna afición y fue incorporado otros alimentos a su dieta. Aumentaron las elecciones conscientes (función *yo*) y los rechazos. Por ejemplo ante la muerte de la madre de la terapeuta, defendió ante su madre su deseo de ir sola... y lo consiguió.

Tras este tiempo de terapia, del proceso seguido con T, hay una pregunta que me planteo: *¿Cómo poder hacer como terapeutas para que el paciente obsesivo recupere la fe, ya que la fe es algo que se tiene o no se tiene, pero no se puede imponer?*

Cuando la paciente no tiene fe (o está muy disminuida), el proceso está sostenido por la fe de la terapeuta. En su capacidad de contactar, atenta a cómo es afectada, tocada, por la paciente incluso en los pequeños detalles. Fe en su fondo: en la asimilación de sus experiencias personales, su experiencia profesional, la teoría asimilada, su auto apoyo (importancia de la respiración y su cuerpo) y hetero apoyo en que la paciente la ayudará a ayudarla y en el recurso a la supervisión. Fe en que el despliegue del *self* siempre lleva a algún lugar. Fe de que con el apoyo necesario el proceso se desarrollará. Fe en que serán capaces de sostener la angustia.

## IX.

*“El sitio primero de la experiencia hacia donde la teoría y la práctica psicoterapéutica deben dirigir su atención, es el contacto en sí mismo, el lugar donde el self y el entorno organizan sus encuentros y se implican entre sí”<sup>9</sup>*

A modo de conclusión en este ir y venir de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría; el encuentro terapéutico se centró en:

- Poner pocos límites claros pero flexibles, por ejemplo la periodicidad de las sesiones
- Prestar mucha atención para prevenir procesos introyectivos
- Proponer y sugerir, para evitar la sensación de invasión y abuso
- Reformular experiencias en el aquí y ahora sin cuestionarlas
- Dar tiempo para que emergieran nuevos significados
- Creación de un entorno nutritivo
- Transformar paradojas en contradicciones
- Crear un fondo que sustente el contacto mediante:
  - Necesidad de un largo tiempo de precontacto
  - Posibilidad de hablar de la hermana muerta (prohibida en la familia)
  - Apertura del campo de experiencia a otros temas (pareja, trabajo, hija...)
  - Disponibilidad de la terapeuta (incluso en su ausencia física). T me contó que cuando se sentía muy angustiada, llamaba a mi móvil para escuchar mi voz y esto la calmaba.
  - Posibilidad de hablar sin necesidad de retroflectar
- Creación de una nueva lealtad con la terapeuta sin cuestionar las anteriores,

---

<sup>9</sup> PHG. Introducción a la edición de terapia gestalt de the gestalt journal, pag xxx, párrafo uno

basada en:

- Atención a un ritmo adecuado
- Acogida de las emociones expresadas y las no expresadas
- Respeto por lo que puede y no puede hacer
- Creación de confianza. “*Si me necesitas me llamas*”, me dice un día al verme con un andador
- Creación de un entorno respetuoso, protector, valorizador y disponible.

*“Para abandonar una lealtad es necesario encontrar una nueva lealtad, ya que la sociabilidad forma siempre parte de las necesidades humanas”<sup>10</sup>*

## X.

24/3/2011. Cuando llevábamos más de tres años de encuentros.

**T.:** entra en la sala de terapia y dirigiéndose a la terapeuta y a una alumna en prácticas dice sonriendo *¿qué tal chicas? (recuperación de la capacidad de ver al otro)*

**Terapeuta:** *Aquí estamos en el mismo lugar donde nos dejaste hace una semana*

**T.:** *sigue con la broma, ¡espero que hayáis salido de aquí en algún momento!*

(Nos reímos las tres)

**Terapeuta:** *¿Qué tal? ¿Como ha sido la semana?*

**T.** *Nada extraordinario, he vuelto a discutir con mi madre y me siento fatal porque tengo mucha ira y a la que me dice, salto. No puedo evitarlo (nueva capacidad de sentir y expresar enfado)*

**Terapeuta:** no atendiendo a la desvaloración de su experiencia *¿Qué ha pasado esta vez con tu madre?*

**T.** *Ahora me vienen recuerdos de cosas de antes y cuando mi madre me dice cosas salto. Recuerdo que ella no me ha protegido y cuando ahora me plantea que me voy a tener que ir de su casa: otra vez lo mismo. Me quedo en tierra de nadie. Ella no nos protegía.*

**Terapeuta:** *¿me puedes hablar de algunos de esos recuerdos?*

**T.** *Me acuerdo de mi abuela paterna, me sentía arropada por ella, iba al sofá a recostarme en su regazo. Dormí con ella hasta el día que me case; aunque el resto de mi familia ya se habían trasladando al piso de enfrente.*

**Terapeuta:** *parece que tu abuela ha sido alguien en quien apoyarte.*

**T.** *¿Nunca te he hablado de mi abuela?*

**Terapeuta:** *la verdad es que tú y yo hemos hablado poco las dos solas de tu familia.*

**T.** *Pues te cuento, mi abuela fue madre soltera, mi abuelo le dijo: “si quieres nos casamos pero yo seguiré estando con unas y con otras”. Entonces mi abuela metió a los dos hijos pequeños (el padre de T y la hermana de este, que muere con 17 años en el colegio, en unas condiciones poco claras y que se llamaba igual que la hermana de T que se suicidó) en un internado y se dedicó a trabajar. Mi abuelo luego se casó con una mujer con la que tuvo más hijos y no tenía relación con la abuela. Pero, ¿a ver si tu lo entiendes?: una vez al mes más o menos venía a la ciudad y mi abuela hacía que limpiaran y cambiaran las sábanas de la habitación y que se preparara la mejor comida y entonces el abuelo aparecía, comía la mejor comida, durante la comida mi abuelo y mi abuela no se hablaban, dormía y luego se iba. ¿Tú lo entiendes? (transformación de la paradoja en contradicción)*

---

<sup>10</sup> PHG. II, 13, 7, 3.



**Terapeuta:** *creo que intentar entender esto sería como intentar de manera incesante mezclar aceite y agua.*

**T.** *Imposible ¿verdad? Mi abuela paterna siempre ha vivido con nosotros y la actitud con mi padre era de protegerlo, le daba dinero bajo manga y le decía a mi madre que era ella la loca histérica. M le dijo a mi abuela que su cuñado había abusado de ella y que entendía que su hermana viniera a verla pero que este hombre no entrara, pero mi abuela lo siguió recibiendo e incluso cuestionando a mi hermana si no sería que ella lo había provocado. ¿Tú lo entiendes? (transformación de la paradoja en contradicción)*

**Terapeuta:** *Parece que tu abuela, aunque te sentías arropada a veces por ella, tampoco os ha defendido.*

**T.** *Y yo no entiendo cosas en mi casa, ¿tú lo entiendes? Que nos hicieran venir a toda la familia a la asociación para hacer un reportaje por la tele, con fotos de la familia perfecta y modelo a seguir y nosotros aquí poniendo sonrisa. ¡Viviendo lo que vivíamos! ¿Tú lo puedes entender? Pero después de enfadarme he llamado a mi madre y le he dicho que yo sufro mucho con todo esto, cada vez que me enfado por algo con ellos, porque ellos son lo único que tengo.*

## **XI.**

### **Referencias bibliográficas.**

Miller, M.V. Notas propias. *Taller: perspectiva temporal de la terapia gestalt*. Madrid 19-20 de marzo 2011.

Perls, F. S., Hefferline R.F. y Goodman P. “*Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*” Libros del CTP-4. 2001.

Nieves M<sup>a</sup> García Berenguer. Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta *Gestalt*.