

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN INTERVENCIÓN CON FAMILIARES EN DUELO POR SUICIDIO

INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY INTERVENTION WITH FAMILY MEMBERS IN GRIEVING OVER SUICIDE

Yarima Etxeberria Ibáñez

Psicóloga. Psicodramatista. Psicoterapeuta Integrativa Certificada por la IIPA.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Etxeberria Ibáñez, Y. (2016). Psicoterapia Integrativa en Intervención con Familiares en Duelo por Suicidio. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 39-50.

Resumen

El suicidio de una persona allegada constituye un evento traumático especialmente impactante. Para los familiares, el duelo consecuencia del suicidio presenta características diferenciales y requiere intervenciones terapéuticas específicas en comparación con otro tipo de duelos. En este artículo se describen los métodos principales de la Psicoterapia Integrativa como psicoterapia relacional y su aplicación al tratamiento de familiares en casos de suicidio. Se detalla el proceso terapéutico en una mujer cuyo padre hace un intento de suicidio y se presenta el testimonio escrito de su experiencia fenomenológica del proceso desde las necesidades relacionales.

Palabras clave: *Psicoterapia Integrativa, Suicidio, Familia, Tratamiento*

Abstract

The suicide of a close person is a particularly shocking traumatic event. To family members, the consequence of suicide grieving presents differential characteristics and requires specific therapeutic interventions compared to other type of grieving processes. This article describes the main methods of Integrative Psychotherapy as relational psychotherapy and also its application to the treatment for families involved in suicide incidents. The therapeutic process of a woman whose father makes a suicide attempt is described and also a written testimony about her phenomenological experience from the relational needs approach.

Keywords: *Integrative Psychotherapy, Suicide, Family, Treatment*



Introducción

Toda situación de duelo por la pérdida de un ser querido supone una crisis para la persona que está viviendo la experiencia. Implica un proceso, más o menos largo, en que la persona en duelo puede atravesar momentos de shock, enfado, miedo, profunda tristeza, desesperanza, temor hacia el futuro... (Kübler-Ross, 1969). Cuando la pérdida de este ser querido es consecuencia de un suicidio, el proceso de duelo presentará determinadas características que lo diferencian del resto. Munera Ramos (2013) describe cómo los supervivientes experimentan un conjunto de emociones que no se encuentran con la misma frecuencia en otras causas de muerte; destacaríamos entre ellas:

- Sentimientos de traición y abandono.
- Sentimientos de culpa.
- Fracaso del rol (sobre todo en progenitores cuyo hijo o hija se suicida).
- El estigma o sensación de que la familia es condenada y cuestionada por el suicidio del familiar.
- Sentimientos de vergüenza y de miedo, por la posible vulnerabilidad a cometer suicidio o a padecer enfermedad mental.
- Pensamiento distorsionado sobre la realidad del suicidio, tratando de explicar la muerte como accidental.
- Sentimiento de alivio, personal y por el propio fallecido.

Tejedor, Díaz, Farré y Gómez (2010) en su descripción del tratamiento del suicidio destacan que los supervivientes de una muerte por suicidio son especialmente vulnerables y con frecuencia presentan duelos de difícil resolución. Proponen ayuda psicológica y la integración en grupos o asociaciones de afectados para enfrentar la situación.

Así, la pérdida de un ser querido como consecuencia de un suicidio supone una grave y crítica ruptura relacional. La persona en duelo puede no sólo sufrir las consecuencias de la pérdida sino, además, elaborar o reforzar creencias sobre sí mismo, los demás y la cualidad de la vida que podrían comprometer el resto de sus relaciones actuales y futuras. Por ejemplo, podría desarrollar creencias del tipo “no soy suficientemente importante, por eso se mató; no supe cómo ayudarlo, le fallé; no puedo contarle porque me criticarán, pensarán que yo también puedo estar loco...”.

En la medida en que el vínculo ha sido dañado y en la medida en que pueden resultar dañados también otros vínculos actuales y futuros, una psicoterapia relacional como la Psicoterapia Integrativa podrá ofrecer un tratamiento efectivo y de cura para las personas en duelo por el suicidio de un allegado.

Psicoterapia Integrativa: conceptos generales

Los principios filosóficos que están a la base de la Psicoterapia Integrativa postulan el valor inherente a cada individuo.

Desde esta perspectiva, se plantea una psicoterapia co-construida, respetuosa,

con base evolutiva y centrada en el aspecto interpersonal –una psicoterapia que sustenta la relación entre el terapeuta y el cliente como elemento central de un proceso de cura y de crecimiento personal (Erskine, 2016, p. xxix).

Se entiende “integración” desde varias perspectivas:

Por un lado, se refiere al proceso de integrar la personalidad. Vivir con aspectos de nosotros mismos escindidos, no conscientes o no resueltos, dificulta nuestra capacidad de contacto interno y externo, y conlleva la utilización de mecanismos de defensa y un sistema fijado de percepción y afrontamiento de la realidad. La consciencia y la unificación de todos estos aspectos en una personalidad cohesionada permitirán a los individuos una mayor espontaneidad y flexibilidad en la resolución de problemas, el mantenimiento de la salud y las relaciones de intimidad.

Implica también la unificación coherente de los planos afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico de la persona, prestando atención también a la dimensión espiritual.

Finalmente, la Psicoterapia Integrativa considera las aportaciones de múltiples teorías sobre el funcionamiento humano, valorando que cada una de estas perspectivas contribuye a una visión global de los individuos:

El enfoque psicodinámico, el enfoque Centrado en el Cliente, el conductual, el cognitivo, la terapia familiar, la terapia Gestalt, las psicoterapias corporales, las Teorías de las Relaciones Objetales, la Psicología Psicoanalítica del Self y el Análisis Transaccional, las investigaciones sobre el desarrollo evolutivo y las teorías que describen las defensas auto-protectoras utilizadas cuando se producen interrupciones en un desarrollo normal (Erskine, 2016, p. 2).

Asimismo, técnicas y metodologías terapéuticas de cada una de estas escuelas se utilizarán de manera integrada para ofrecer la intervención más adecuada a las necesidades específicas de cada cliente y a su momento vital (Erskine, 1997; O’Reilly-Knapp y Erskine, 2003; Moursund y Erskine, 2004; Erskine, 2010; Erskine y Moursund, 2014; Erskine, 2015a).

El objetivo de una Psicoterapia Integrativa es facilitar la plenitud del individuo, en las áreas intrapsíquica e interpersonal, de manera que la resolución de los conflictos arcaicos y el afrontamiento de las crisis vitales sea una oportunidad para el crecimiento, el aprendizaje y una mayor libertad vital (Erskine, Moursund y Trautmann, 2012, p. 45).

Para ello, la Psicoterapia Integrativa basa su intervención terapéutica en una teoría de los métodos que incluye métodos relacionales, intrapsíquicos, de terapia corporal y proceso relacional de grupo (Erskine, 2015b). Los métodos relacionales, que serán los que se detallan a continuación, se basan en la Indagación, la Sintonía y la Implicación. Estos tres métodos se entrecruzan e interaccionan todo el tiempo a través del proceso terapéutico y es sólo por cuestiones didácticas y de análisis que se presentan separados entre sí.

La indagación es el proceso por medio del cual el psicoterapeuta invita al cliente a explorar su experiencia (...); indaga sobre cada aspecto de la creciente consciencia del cliente. En el proceso de esta indagación, el psicoterapeuta debe estar sintonizado con la experiencia del aquí-y-ahora del cliente para poder hacer el seguimiento del progreso de la exploración y regularlo. La sintonía implica ser sensible a lo que sea que le esté sucediendo al cliente y resonar con ello. A su vez, la sintonización podrá mantenerse solamente si el psicoterapeuta está plenamente presente, consciente de su propio proceso interno, así como del proceso interno del cliente; solamente si el psicoterapeuta está implicado en la relación y abierto a que ésta le conmueva y le afecte. (...). Con una cuidadosa indagación, una sintonización sensible y una implicación auténtica, el psicoterapeuta será experimentado como alguien con quien se puede contar, coherente y digno de confianza (Erskine et al., 2012, p. 50-51).

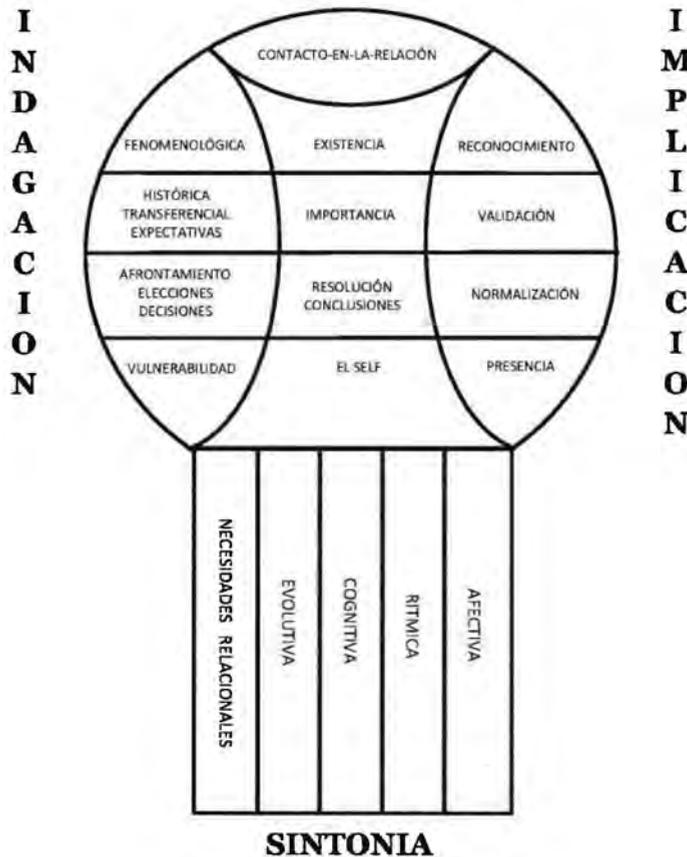


Figura 1. *Keyhole u Ojo de Cerradura*. O'Reilly-Knapp y Erskine (2003)

A continuación, se describe el proceso terapéutico desarrollado desde estos métodos relacionales de la Psicoterapia Integrativa con Ana, mujer de 45 años cuyo padre sobrevivió a un intento de suicidio.

Ana: una terapia de contacto-en-relación

El padre de Ana llevaba más de 15 años en tratamiento psiquiátrico por un trastorno de depresión mayor, agudizado en los últimos años después de morir su mujer, la madre de Ana. Expresaba habitualmente sentimientos de angustia, desesperanza y nulos deseos de vivir. Es por ello que no supuso una sorpresa para Ana cuando su padre intentó suicidarse. La preocupación por su padre, el impacto personal que la relación con él le suponía y la frustración por la negativa de él a recibir el apoyo que requería, constituían contenidos habituales en sus sesiones de psicoterapia.

Cuando Ana supo del intento de suicidio de su padre, cerca de la medianoche, envió un sms a su terapeuta: “Mi padre se ha intentado suicidar. Aún está vivo. Voy hacia el hospital”. En respuesta, su terapeuta escribió “Ana, las crisis a veces son mejores que el mantenimiento de la situación de angustia. Puede que a partir de ahora las cosas puedan ir mejor con él. Estoy contigo. Llámame mañana”. Esta primera intervención en la situación de crisis incluye tanto la presencia y el apoyo del terapeuta, como la sintonía con lo que Ana requiere para el afrontamiento práctico de la situación: en pleno estado de shock, Ana necesita poder tener un horizonte esperanzador que le permita confiar en que, tras la resolución de la crisis, podrá haber una realidad más favorable. El mensaje de Ana es parco, breve y dissociado de lo emocional; el terapeuta responde sintonizando con este estado afectivo de auto-protección y no indaga sobre contenidos que impliquen contacto interno y con la vulnerabilidad. En ese momento, lo prioritario es el apoyo emocional y la presencia con Ana, que necesita tener su energía disponible para el afrontamiento de la situación y dejar para un momento posterior el abordaje de su vivencia interna.

A la primera sesión después del ingreso del padre, Ana llegó con todos los síntomas de haber vivido un evento traumático: hiperexcitación y estado de alerta, necesidad de relatar repetidamente los hechos, cierta insensibilidad emocional y sintomatología física (alteración del sueño, falta de apetito, sensación de mareo...). En ésta y en las siguientes sesiones, Ana depositaba muchísimos contenidos, principalmente relacionados con los hechos que iban aconteciendo a lo largo de los días, las tareas de organización que estaba realizando (ingreso de su padre en la unidad de Psiquiatría del hospital, posterior traslado a una residencia asistida, nuevo acondicionamiento de la casa, contratación de una cuidadora...) y cómo estaba gestionando Ana, en paralelo, su propia vida y su propia actividad profesional.

El terapeuta escuchaba activamente los contenidos planteados espontáneamente por Ana y acompañaba la escucha con una cuidada **indagación fenomenológica** sobre su vivencia interna y el impacto emocional y corporal ante

todas estas situaciones. Ana manifestaba sentir tristeza, miedo por el futuro, enfado hacia su padre, cansancio físico...; era tal su hiperactivación, que esta indagación fenomenológica exigía en algunas ocasiones intervenciones terapéuticas en la línea de invitarle a detenerse y notar su agitación interna para que pudiera hacer un contacto más consciente con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones. A la vez, fue importante que estas intervenciones se realizaran de una manera cuidada y medida para respetar la necesidad de disociación emocional que requería la resolución de las situaciones prácticas.

Algunas de sus vivencias provocaban sentimientos de culpabilidad y vergüenza en Ana: “ojalá se hubiera matado; habría acabado su sufrimiento y el mío”, “estoy enfadada porque ahora tengo que dejar mi vida para cuidarle cuando antes nunca aceptó mis sugerencias de tratamiento”.

Toda indagación fenomenológica fue seguida de aceptación y **reconocimiento**, sin ningún juicio de valor ni hacia sus conductas ni hacia sus vivencias internas. Reconocimiento y **validación** de todas sus emociones, como reacciones valiosas y respetables ante un hecho tan traumático. Algunos ejemplos de intervenciones terapéuticas a lo largo de todo el proceso: “Veo que experimentas muchísimas emociones, algunas de ellas incluso contradictorias y difíciles de aceptar por una misma. Debe de ser duro manejarte con todo eso internamente”, “Tu cuerpo también está manifestando el impacto”, “Será importante que escuchemos cada una de estas emociones y señales, sin cuestionarte si son adecuadas o no, para poder identificar qué estás necesitando en cada momento. Estás viviendo todo esto, no añadas malestar juzgándote por ello porque cualquier vivencia tuya, en estas circunstancias será normal”.

Durante los meses siguientes al intento de suicidio, la psicoterapia de Ana estuvo basada en el aquí-y-ahora. A diferencia del proceso terapéutico previo a este evento, apenas hubo **indagación histórica** ni trabajo sobre escenas evolutivas infantiles. Ana necesitaba su energía para el presente. En todo caso, su terapeuta asociaba en algunas ocasiones ciertas vivencias actuales de Ana con vivencias anteriores de una cualidad emocional parecida: “este enfado / tristeza / miedo que sientes ahora hacia tu padre no es sólo actual; lo has estado experimentando desde hace mucho tiempo, ¿verdad? ¿Hay alguna escena en concreto que te venga a la memoria?”.

Ante una experiencia tan impactante, Ana utilizó las **estrategias de afrontamiento** que manejaba con más facilidad; aquéllas que entrenó en su infancia y adolescencia como herramientas que le ayudaban a lidiar con las situaciones de crisis. Así, Ana tendía a descontar el impacto emocional de lo que estaba viviendo, racionalizaba, se ocupaba con eficacia de la gestión de las cuestiones prácticas y se mantenía ocupada con diversas tareas con el objetivo de no contactar con su vulnerabilidad. Cuando Ana mostraba este funcionamiento, su terapeuta lo **normalizaba**, con intervenciones como las siguientes: “ahora necesitas utilizar tus tácticas internas conocidas y habituales, aquéllas con las que te sientes más segura.

Aprendiste a usar el pensamiento, separándote de las emociones, como una manera de lidiar con situaciones que te dolían. Ésta es una de ellas, así que está bien que lo hagas sabiendo que lo haces; probablemente sea imprescindible en este momento porque tienes muchas decisiones que tomar y muchas tareas que cumplir”, “Cualquiera se sentiría desbordado. Nadie en tu situación podría ocuparse de todo a la vez así que estará bien que te organices por fuera y por dentro como te resulte más llevadero”.

En algunas ocasiones, el dolor emocional y el cansancio físico desbordaban a Ana. Sus estrategias de afrontamiento de racionalizar, estar hiperactiva, centrarse en lo práctico..., quedaban superadas y contactaba con sentimientos intensos de **vulnerabilidad**, tristeza, angustia, miedo y desesperanza. En estas ocasiones, generalmente sólo lloraba, sin palabras. Su terapeuta solía cogerle de la mano y acompañarle en el silencio, asegurándose de que ella pudiera sentir su firmeza y su cercanía. También podía inferir sobre lo que podía estar experimentando Ana en esos momentos de dolor más profundo, y se lo transmitía como una manera de mostrar su **presencia**: “parece que a veces no hay palabras que recojan suficientemente lo que sientes, ¿es así? Es tanta la tristeza y la angustia que todo tu cuerpo estará experimentándolo con mucha intensidad”, “No hace falta que digas nada. Incluso aunque estés en silencio, yo estaré aquí contigo”, “No estás sola”.

En la medida en que el terapeuta reconoce, valida y normaliza sus vivencias, se hace presente de una manera clara y palpable para Ana, y valora así su **self vulnerable** y dañado que tanto apoyo está necesitando.

Durante todo este trayecto terapéutico, Ana ha requerido de su terapeuta una **sintonía** sensible a diferentes aspectos de sí misma. Teniendo en cuenta las características de personalidad de Ana y sus estrategias de afrontamiento, es especialmente importante atender a la **sintonía afectiva** y a la **sintonía cognitiva**.

Ana es una mujer inteligente, acostumbrada a resolver situaciones y con facilidad para analizar la realidad, valorar diferentes opciones, medir pros y contras de cada una de ellas y tomar decisiones. A pesar de encontrarse inicialmente en estado de shock, su razonamiento era ágil y requería que su terapeuta estuviera atento a cómo iba ella elaborando sus ideas, otorgando significado a lo que ocurría y realizando conexiones de pensamiento. Cuando su terapeuta le acompañaba en la reflexión sobre cómo elegir un buen centro de ingreso para su padre, cómo compaginar el cuidado de éste con su actividad profesional, qué posibles servicios públicos y/o privados podrían resultarle útiles, cómo plantear la selección de una persona cuidadora... no estaba simplemente apoyando a la parte más adulta y resolutiva de Ana. A un nivel más profundo, esta **sintonía con su proceso de pensamiento** posibilitaba que Ana pudiera experimentar (incluso sin ser consciente de ello) que su terapeuta podía entenderle, y que estaba presente e implicado con ella en todo este proceso, en el conjunto de su situación vital.

Con relación a sus afectos, cuando Ana se mostraba profundamente triste por tener un padre sin deseos de vivir, su terapeuta sentía y expresaba compasión hacia

ella; no un “compadecimiento” superficial sino un verdadero co-sentir su dolor. Ante el enfado de Ana por el caos en el que estaba sumida su vida a causa de la conducta de su padre, recibía respeto por parte de su terapeuta, que la tomaba en serio y no trataba de minimizar su emoción. Si Ana expresaba miedo por el futuro de su padre y por el suyo propio, la respuesta de su terapeuta iba orientada a la protección, a la transmisión verbal y no verbal de su disponibilidad para estar en contacto con ella y trabajar para ofrecerle una actitud terapéutica que le proporcionara seguridad. “Ana, vamos a ir poco a poco. Estoy contigo en esto e iremos encontrando respuestas a tantas incertidumbres”, le transmitía con consistencia mirándole a los ojos.

Aunque Ana experimentaba principalmente emociones relacionadas con el malestar, también vivía habituales momentos de alegría y de contacto amoroso con personas cercanas. En las ocasiones en que dejaba a un lado el cuidado de su padre, retomaba actividades de ocio con las que disfrutaba, se distraía y se energizaba; y su terapeuta apoyaba y compartía con ella esta sensación de bienestar, y la utilizaba para ayudarle a no perder la esperanza de un futuro feliz: “Ana, ayer disfrutaste en el cine con tus amigas; te reíste y te sentiste querida. Hoy aún pesa mucho el dolor y la preocupación, pero según pase el tiempo y tal y como estás invirtiendo para ello, en el futuro llevarás esta alegría contigo con mucha más intensidad y frecuencia”.

La sintonía afectiva y la **sintonía rítmica** estaban íntimamente relacionadas en el proceso terapéutico de Ana. Sintonizar rítmicamente exigía al terapeuta ser sensible y responder a los patrones de ritmo rápido de Ana, incluso aunque a veces pudieran resultarle excesivos. Al mismo tiempo, en ocasiones él percibía señales no verbales de Ana que indicaban que estaba experimentando internamente emociones intensas, aunque no estuviera siendo consciente de ello (movimientos corporales, cambios en su mirada o en su tono de voz, gestos específicos...). Entonces, valoraba que Ana necesitaba poder tomar contacto con sus emociones, ir más despacio para poder sentir, pensar y hablar de su experiencia interna, de manera que pudiera establecer contacto pleno consigo misma. Y priorizaba la sintonía emocional... para posteriormente volver a sintonizarse con el ritmo que Ana presentara.

Durante los meses de proceso terapéutico posteriores al intento de suicidio del padre, e incluso aunque los contenidos explícitos que trabajaran durante las sesiones fueran aparentemente actuales, el terapeuta tenía presente todo el tiempo a la Niña de Ana. Conocía las experiencias infantiles y adolescentes de Ana, su relación histórica con su padre, las conclusiones y decisiones (explícitas e implícitas) que había ido tomando, las necesidades no satisfechas, los afectos reprimidos y/o vividos en soledad, los permisos que pudo necesitar y no tuvo... Por todo ello, en cada una de las sesiones, el terapeuta contemplaba también la **sintonía evolutiva** con Ana y respondía adecuando sus intervenciones, a nivel verbal y no verbal, a lo que podía necesitar, tanto la Ana adulta como la Ana regresada y “enganchada” en vivencias y funcionamientos arcaicos.

El intento de suicidio de una persona allegada, o la materialización del mismo,

tal y como se ha planteado anteriormente, supone una situación traumática que afecta directamente a lo vincular, algo que no ocurre de igual manera en otro tipo de duelos. Ana tuvo que elaborar el impacto que la conducta de su padre le provocaba directamente a ella: “lo que él me ha hecho”. Por ello, fue especialmente terapéutico el calor y el apoyo que experimentó durante los meses siguientes, tanto por parte de su terapeuta como por parte de muchas personas cercanas. La **sintonía con sus necesidades relacionales** fue especialmente sanadora para Ana.

Por esta razón, como cierre de su proceso de tratamiento y en colaboración con su terapeuta, Ana escribió un texto en el que describía lo que había ido experimentando a la luz de las necesidades relacionales (Erskine, 2016, p. 46). Ese texto se presenta a continuación.

Mis necesidades relacionales y mi gente

En noviembre del 2015 mi padre hizo un intento de suicidio. No fue una sorpresa, llevaba muchos años muy deprimido y sin ninguna motivación para seguir vivo. Solía decir que las personas deberían morirse cuando dejan de vivir, y él hacía tiempo que había dejado de sentir deseo por la vida.

Los días, semanas y meses siguientes a su intento de suicidio fueron difíciles e intensos para mí, pero me sentí consistente, capaz de escuchar y gestionar mis emociones tan diferentes y alocadas, capaz de gestionar tareas y aprendí mucho, de mí misma y del manejo de estas situaciones.

Tengo la certeza de que gran parte del éxito de cómo pude manejar a mí misma y la situación en aquellos días tuvo que ver con lo que personas cercanas a mí me dieron. Así que, he pensado escribir sobre mis necesidades relacionales en aquellos días con la idea de que quizás puedan describir también lo que las personas, en general, podemos necesitar en situaciones críticas, de urgencia y traumáticas.

Como no conseguía localizar a mi padre en los últimos dos días, me presenté en su casa. No respondía al timbre y tenía la puerta cerrada con pestillo. Llamé a los servicios de emergencias. Llegaron los bomberos y la ambulancia. Consiguieron entrar y comprobar que seguía vivo; estaba desnudo, con un fuerte golpe en la cabeza, desorientado... Encontraron las cajas de toda la medicación que había tomado tiradas por la habitación. La casa estaba revuelta, sucia...

Mientras atendían a mi padre, yo andaba como alocada por la casa, de un lado para otro, no sabía si recoger, estar cerca de mi padre, lejos... lloraba. Llamé a una amiga para contarle lo que estaba pasando y le repetí varias veces que no quería estar sola con todo esto, no quería estar sola.

*Los sanitarios trasladaron a mi padre al hospital y mi marido vino a buscarme para llevarme en coche. Tardamos casi una hora en llegar. Mi marido conducía el coche. Durante este viaje, varias personas me acompañaron por teléfono, y era casi medianoche. En esos primeros momentos, **mi principal necesidad era no estar sola, sentirme acompañada.***

*Durante los siguientes días y semanas la necesidad de **presencia cercana** que me daba seguridad estuvo presente todo el tiempo. Algunas personas me **escuchaban** en directo, o me acompañaban por teléfono en mis viajes de ida y vuelta al hospital. Otras personas me mandaban emoticonos sin más palabras, pero muy regularmente; ahí aprendí que es posible la comunicación afectiva no verbal por WhatsApp, porque yo podía notar su presencia y su contacto conmigo detrás de esas caritas con corazones.*

*En aquellos días, yo sentía mil emociones a la vez, en muchas ocasiones contradictorias. Sentía angustia y miedo, enfado, también alivio porque se acabara una larga situación de agonía; mucha tristeza por él y por mí, porque yo quería tener un padre que quisiera estar vivo; y, a la vez, también sentía enfado porque no se hubiera matado definitivamente y acabado así con la angustia de todos. En ocasiones expresaba emociones y pensamientos que me hacían sentir alocada. Cuando expresaba todas estas emociones revueltas a las personas que estaban cerca de mí, me ayudó enormemente su respeto y su validación. No me juzgaron, no se asustaban por mis comentarios y consideraban mi vivencia como normal para aquella situación. Incluso respetaron y me contuvieron cuando yo tenía un rato de humor negro. Su **validación de mi experiencia interna** me permitió ir expresándola, que fuera fluyendo a lo largo de los días, sin que quedaran emociones o pensamientos guardados o escondidos que probablemente me hubieran dañado después.*

*Recibí **empatía y resonancia emocional**: me consolaban cuando lloraba, se tomaban en serio mi enfado, me acurrucaban cuando estaba asustada pero también se reían conmigo cuando yo necesitaba disfrutar y seguir con la parte de mi vida alegre y entusiasta que no se había acabado. Realmente sentí que **hacía impacto**.*

*Fueron momentos en que tuvimos que gestionar también muchísimas cuestiones prácticas: del ingreso en Psiquiatría a la vuelta a casa, buscar una residencia para unos meses, hacer obras en la casa de mi padre, buscar a una persona que le acompañara... En muy pocos días, tuve que aprender de temas de los que no sabía hasta entonces. En esto también recibí mucha ayuda: personas que me ayudaron a pensar en posibilidades, que me informaron de recursos, que me aconsejaron en el diseño de lo práctico, que me ayudaron a resolver situaciones concretas. **Desde mi Adulto también necesitaba asesoramiento y apoyo**, y así lo tuve.*

Además, cuando describía las decisiones que íbamos tomando y cómo estábamos gestionando las situaciones prácticas, recibí mucho refuerzo y apoyo. Me decían “lo estás haciendo bien, qué bien estáis gestionando”, y eso era bueno para mí.

*En muchos momentos, yo estaba centrada en lo práctico y conductual, o relataba los hechos racionalmente, sin mucho contacto emocional interno. Necesité que las personas que me escuchaban **respetaran mi ritmo, mi necesidad de estar disociada**, de usar a tope mis estrategias de afrontamiento racionalizadoras para que las emociones no me bloquearan. Mis amigas y amigos se ofrecían para escucharme mis emociones, pero nunca me forzaron a ello cuando yo necesitaba*

ser como un robot.

*Había momentos en que no me disociaba, en que sentía mucho miedo y hacía anticipaciones de un futuro difícil y terrible para mi padre y también para mí. En estos momentos, me escuchaban, **me contenían y ponían freno a mi anticipación**. Me ayudaban a centrarme en el aquí y ahora, permitiendo que no añadiera más miedo y angustia, más allá de lo que era real en ese momento.*

*Muchas personas estuvieron disponibles cuando yo les llamaba, y muchas veces también **tomaron la iniciativa conmigo**, se acercaban de maneras diferentes, haciéndose presentes y recordándome en muchos ratitos que estaban conmigo. Aunque yo pedí directamente apoyo y compañía en muchas ocasiones, fue muy gustoso recibir esta iniciativa. A veces yo estaba muy cansada, o muy saturada para poder llamar, y era cálido y aliviante que fueran las otras personas las que vinieran a mí.*

*Con todo esto, **mi necesidad de alguien en quien apoyarme, de alguien confiable** estuvo muy repartida. Tuve muchas personas consistentes y sabias que me acompañaron de diferentes maneras. Esta diversificación estuvo muy bien, porque así fue muy fácil que alguna de ellas estuviera disponible para cuando yo necesitaba un rato de sostén.*

*Fue una situación crítica, triste y muy agitadora para mí, pero **me sentí enormemente querida** por mi gente. Recibí muchos gestos de aprecio y de cariño, mucho apoyo cálido, mucha incondicionalidad, y mucha fuerza para recordarme que yo sí quiero vivir, que tengo muchas cosas preciosas en mi vida que merecen mucho la pena, que me entusiasma mi presente y mi futuro y que quiero seguir compartiendo mis cosas con tanta gente estupenda que me rodea.*

*Así que, de alguna manera, este texto es también una forma de responder a mi necesidad de **expresar mi amor y agradecimiento**.*

Conclusión

La Psicoterapia Integrativa favorece que la persona en duelo por la muerte por suicidio de alguien cercano pueda dar sentido dentro de sí a todas las diferentes vivencias (contradictorias en ocasiones) que esta circunstancia provoca.

Además, permite que la persona en duelo pueda integrar tanto el vínculo como la pérdida de la relación con la persona fallecida. Esta integración posibilita un buen proceso de despedida, de manera que las experiencias vividas con la persona fallecida formen parte de la propia identidad de una manera saludable y favorecedora del crecimiento (Erskine, 2014).

El contacto-en-la-relación, base del tratamiento de la Psicoterapia Integrativa, constituye un abordaje eficaz y cuidadoso de las experiencias de rupturas de contacto, como en casos de suicidio. Como en el caso de Ana, una psicoterapia de estas características contribuirá a que la persona recupere la espontaneidad y la flexibilidad interna necesarias para la resolución de problemas, el mantenimiento de la salud y la implicación en relaciones personales de intimidad.

Referencias bibliográficas

- Erskine, R. G. (Ed.) (1997). *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*. San Francisco, CA: TA Press.
- Erskine, R. G. (Ed.) (2010). *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2014). The truth shall set you free: saying an honest “goodbye” before a loved-one’s death. *International Journal of Psychotherapy*, 18(2), 72-79.
- Erskine, R. G. (2015a). *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2015b). Proceso relacional de grupo: desarrollos en el modelo de Análisis Transaccional de psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 139-159. Recuperado de <http://revistadepsicoterapia.com/rp101-07.html>
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica, patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa*. (A. Pérez Burgos, trad.) Londres, Reino Unido: Karnac Books. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G., y Moursund, J. P. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en Acción*. (I. Arregui, trad.) Bilbao, España: Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la Empatía: una Terapia de Contacto-en-la-Relación*. (N. Mestre, trad.) Bilbao, España: Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Nueva York, NY: Mcmillan.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2004). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Pacific Grove, CA: Thomson: Brooks/Cole.
- Munera Ramos P. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y profesionales de salud mental*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Facultad de Psicología. Granada.
- O’Reilly-Knapp M. y Erskine R. G. (2003). Core concepts of an Integrative Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal*, 33(2), 168-177.
- Tejedor Azpeitia C., Díaz Pérez A., Farré Berrecosa J. y Gómez Guijarro C. (2010) Suicidio: la muerte ignorada. ¿Se puede prevenir el suicidio? *Revista de Psicoterapia*, 21(84), 43-56. Recuperado de <http://revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/887/s/suicidio-la-muerte-ignorada-se-puede-prevenir-el-suicidio/category/3/>.