



CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS

Artículo original de investigación

La conducta suicida en la adolescencia y su abordaje psicoterapéutico desde la hipnosis clínica

Gabriel Pérez Almoza^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-9736-8888>

Alberto Erconvaldo Cobián Mena² <https://orcid.org/0000-0002-5526-5706>

Luis Enrique Cortés Pérez³ <http://orcid.org/0000-0002-7825-812X>

Lisandra María Cribeiro Sanz⁴ <http://orcid.org/0000-0002-1709-8767>

¹Filial Universitaria Urselia Díaz Báez de Banes. Holguín, Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba

³Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Cuba

⁴Policlínico Universitario César Fernet Fruto de Banes. Holguín, Cuba

*Autor para la correspondencia: hipnosiscuba@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental con el objetivo de diseñar un protocolo psicoterapéutico para atender la conducta suicida en adolescentes del área de salud Policlínica Universitaria César Fernet Fruto de Banes. **Métodos:** Se ejecutó un muestreo no probabilístico determinando 75 sujetos para la muestra en grupo experimental y 80 en grupo control. La variable conducta suicida y las alteraciones asociadas se operacionalizaron mediante la Escala de Ideación Suicida, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) e Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE). **Resultados:** A partir de la intervención, se suprimió la expresión de ideación suicida, se logró disminuir al nivel bajo la ansiedad como rasgo-estado en 91 % y 97 % y la depresión de igual forma, 93 % y 99 %. La autoestima evidenció un aumento a un nivel alto (93 %). Los valores de McNemar para chi cuadrado calculado (de 67,7 a 142,72) resultaron estadísticamente significativos. **Conclusiones:** Con los resultados obtenidos se puede concluir que el protocolo diseñado y aplicado en el grupo experimental garantiza la supresión de la intención suicida, aumenta los niveles de autoestima y disminuye la ansiedad y depresión como alteraciones asociadas a la conducta suicida en la muestra estudiada.

Suicidal behavior in adolescence and its psychotherapeutic approach from clinical hypnosis

ABSTRACT

Introduction: A quasi-experimental study was carried out with the aim of designing a psychotherapeutic protocol for suicidal behavior in adolescents from the César Fernet Fruto Uni-

Palabras clave

intento de suicidio; hipnosis; adolescencia; conducta suicida

Keywords

attempted suicide; hypnosis; adolescence; suicidal behavior.



versity Polyclinic Health Area in Banes. **Method:** A non-probabilistic sampling was carried out determining 75 subjects for the sample in the experimental group and 80 in the control group. The Suicidal Behavior variable and associated alterations were operationalized using the Suicidal Ideation Scale, State-Trait Anxiety Inventory (IDARE) and State-Trait Depression Inventory (IDERE). **Results:** From the intervention, the expression of suicidal ideation was suppressed. It was possible to reduce anxiety as a state-trait to a low level in 91 % and 97 % of the cases and depression in the same way in 93 % and 99 % of the cases. Self-esteem showed an increase to a high level (93 %). McNemar's values for calculated chi square (67,7-142,72) were statistically significant. **Conclusions:** With the results obtained, it can be concluded that the protocol designed and applied in the experimental group guarantees the suppression of suicidal intention, increases the levels of self-esteem and decreases anxiety and depression as alterations associated with suicidal behavior in the sample studied.

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un importante problema de salud y un verdadero drama existencial del hombre. A principios del siglo xx comenzaron los estudios acerca del suicidio a partir de dos corrientes principales, la sociológica, representada por Dorkheim, y la psicológica, expuesta por Meninger y Freud, que involucraron diferentes mecanismos inherentes al psiquismo. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud define el intento suicida como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, este debe verse a la luz de los conocimientos actuales como falla de los mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente. ⁽²⁾

La conducta suicida es definida en otro momento como todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta, con diverso grado de intento letal e incluye el intento suicida y el suicidio consumado, aunque describe un proceso continuo que va desde la idea suicida hasta el suicidio, donde el comportamiento suicida abarca el suicidio consumado, el intento y las amenazas suicidas así como la ideación del acto, con ideas y pensamientos específicos, llamados por algunos autores parasuicidio y síndrome pre suicida. ⁽³⁾

El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representan un recorrido que va desde la idea suicida hasta el suicidio. La ideación suicida comprende desde la idea de la dificultad de vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, impulsiva, planeada y permanente. ^(3, 4)

Se entiende en el presente estudio a la ideación suicida como alteración constante en las categorías que conforman a la conducta suicida en general. Es innegable la presencia de

ideación para el acto suicida ya sea desde la elaboración implícita hasta el acto consumado. La valoración realizada en el Policlínico Universitario César Fonet Fruto acerca de esta conducta en los adolescentes le permite al autor, percatarse del incremento de autolesión de estos casos lo cual es alarmante.

En el año 2015 fallecieron por esta causa 5 pacientes y 57 intentaron contra su vida, de ellos 21 adolescentes, en el 2016 intentaron suicidarse 38, entre estos, 17 adolescentes, fallecieron por esta causa 3 pacientes. En el 2017 se suicidaron 3 pacientes e intentaron suicidarse 68, de los cuales 23 son adolescentes. En el 2018 las cifras fueron: suicidios consumados 10, intentos suicidas: 44, de los cuales 15 son adolescentes. Para el año 2019 por suicidios consumados reflejó una tasa bruta de 36,4 y en el Intento Suicida de 17,3. Las proyecciones son de una tasa de 13 en la media nacional como ideal por parámetros de la OMS. ^(5, 6)

Lo expresado anteriormente señala que la conducta suicida está asociada con factores de riesgos prevenibles comunes, relacionados con el modo de vida y estilo de vida por lo que se debe trabajar en base a los objetivos planteados en el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida.

Existen insuficientes estudios acerca del manejo psicoterapéutico de la ideación suicida en la adolescencia en Cuba. ⁽⁷⁾ Aun cuando existe el manejo metodológico de este fenómeno; descrito en el Programa Nacional para la Prevención, Control y Seguimiento de la Conducta Suicida. Por tales razones y respondiendo a necesidad de suprimir la manifestación de esta conducta y reducir la tasa de incidencia actual, surge como problema científico, cómo contribuir al manejo psicoterapéutico de pacientes en edad pediátrica con riesgo de conducta suicida.

Hipótesis: La aplicación de un protocolo psicoterapéutico desde la Hipnosis condiciona la supresión de la conducta

suicida y la ansiedad, depresión y autoestima como alteraciones asociadas.

Propuestas terapéuticas

En todos los momentos en los que se estudia y trata a la conducta suicida y sus distintas manifestaciones clínicas. Se plantean programas de intervención, algunos de estos sin logros definidos o estandarizados que permiten reducir su incidencia y prevalencia en la población mundial. ⁽¹⁰⁻¹³⁾

Es pertinente señalar la necesidad de diseñar metodologías desde una fundamentación psicoterapéutica que, con carácter científico, demuestre la supresión sintomatológica asociada, una adecuada modificación del comportamiento hacia la conducta suicida y por consiguiente la estructuración personalológica que permita la apropiada elaboración de situaciones frustrantes o conflictivas que desencadenen en algunos sujetos la autolesión como respuesta. ^(14, 15)

En Cuba existe un programa que expone una metodología de actuación en el Sistema Nacional de Salud Pública para la prevención, control y seguimiento de la conducta suicida. El esquema metodológico carece de la exposición explícita de los recursos en el orden Psicoterapéutico para el adecuado tratamiento de esta conducta. La explicación de pautas diagnósticas que estratifican la conducta suicida sólo permite conocerla y no dar solución oportuna en una perspectiva psicoterapéutica. ⁽¹⁶⁾

La literatura científica actual demuestra un déficit en el planteamiento de tratamientos en el orden psicoterapéutico que garanticen el adecuado manejo de la conducta suicida. En este sentido condiciona que en los servicios de salud cubanos, actualmente, no se tengan los recursos psicoterapéuticos estructurados para el manejo de este fenómeno. ⁽¹⁷⁾

Hipnosis: conceptos y aplicaciones prácticas

Definiciones de hipnosis como estado. Según la Asociación Americana de Psicología (APA) en 2014, el Comité Ejecutivo la División 30 preparó las siguientes definiciones oficiales relacionadas con la hipnosis:

- “Hipnosis: un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión.” ⁽¹⁸⁾
- “Inducción hipnótica: procedimiento diseñado para inducir la hipnosis.” ⁽¹⁸⁾
- “Hipnotizabilidad: La capacidad de un individuo para experimentar alteraciones sugeridas en fisiología, sensaciones, emociones, pensamientos o comportamiento durante la hipnosis.” ⁽¹⁸⁾
- “Hipnoterapia: El uso de la hipnosis en el tratamiento de un trastorno o preocupación médica o psicológica.” ⁽¹⁸⁾

Si bien hay variaciones sustanciales en la comprensión teórica de estos fenómenos, las definiciones anteriores se crearon con el interés de simplificar la comunicación acerca de los fenómenos y procedimientos hipnóticos, dentro y entre los campos de la investigación y la práctica.

Cobián Mena Alberto E. (1997) en su definición plantea que: “La hipnosis es un estado especial donde es posible a través de la palabra u otro estímulo, siempre potencializado por ella y de modo repetitivo, crear un estado especial en la mente humana que reduce a la mínima expresión los procesos volitivos y permite la manifestación plena de potencialidades cerebrales que en estado de vigilia y por mecanismos neurofisiológicos defensivos no se manifiesta de manera activa.” ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

Propuesta de definición para la hipnosis como técnica psicoterapéutica. En el contexto clínico como herramienta psicoterapéutica para la presente investigación, se entiende como hipnosis a propuesta del autor:

“La hipnosis terapéutica es un método que condiciona un estado específico de conciencia el cual se entiende como modalidad del estado de vigilia, posible a través de la palabra u otro estímulo, siempre potencializado por ella de modo creativo y repetitivo, crea un estado especial en la mente humana que intenciona la expresión los procesos volitivos y permite la manifestación plena de potencialidades cerebrales que en otros estados son imposibles y por mecanismos neurofisiológicos defensivos no se manifiestan de manera activa, lo que es improbable sin la voluntad del sujeto que experimenta, haciéndose dependiente del mismo, el nivel de profundidad alcanzada y las expresiones positivas en salud mente-cuerpo.” ⁽²¹⁻²⁶⁾

En esta construcción que pretende definir para la investigación a la hipnosis como modalidad psicoterapéutica, se debe tener en cuenta que es un fenómeno que se expresa en los estados de consciencia, no es, en el campo de la psicoterapia, un enfoque o modelo sino una vía o canal que garantiza la utilización de recursos terapéuticos en consecuencia con el sujeto al que se le aplica el tratamiento con una perspectiva ecléctica de las distintas modalidades psicoterapéuticas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi-experimental con el fin de diseñar un protocolo psicoterapéutico para la conducta suicida en adolescentes del área de salud del Policlínico Universitario “César Fornet Fruto” en el período de marzo 2017 a mayo 2019.

Se ejecutó un muestreo no probabilístico, identificando a los pacientes adolescentes con ideación suicida en las consultas de Psicología y Psiquiatría además de los dispensarizados por riesgo de intento suicida en el período estudiado. Se definió como muestra un grupo experimental con 75 sujetos

y un grupo control con 80, a los que no se les realizó tratamiento alguno y se mantuvieron realizando sus actividades cotidianas independientemente de cuales hayan sido, significando tratamientos o no.

Variables. Como variable dependiente a la Conducta Suicida donde la ansiedad, depresión y autoestima se manifiestan como estados emocionales alterados asociados a la misma en la muestra estudiada. Se evaluaron mediante la Escala de Ideación Suicida, el Inventario de ansiedad como rasgo-estado, Inventario de depresión como rasgo-estado, Inventario de autoestima de Coopersmith, entrevista a profundidad y la observación.

La variable independiente: El protocolo diseñado mediante la hipnosis como recurso psicoterapéutico. Se integraron elementos de la Terapia Racional Emotiva Conductual, Terapia Breve Centrada en las Soluciones y la Psicoterapia Transpersonal de la Expresión Emotiva y la Imaginería.⁽¹²⁾ Los recursos hipnoterapéuticos fundamentales propuestos fueron la regresión, progresión, metáforas de protección y cambio, imaginería, autoscopía e hipnobiodramaturgia.

Control de sesgos. Las mediciones antes y después de la variable dependiente y de las alteraciones asociadas se realizaron mediante el método de doble ciego en ambos grupos. Además, los autores realizaron un control sistemático del cumplimiento absoluto de la propuesta establecida para el grupo experimental.

La información recopilada a través de las técnicas que se aplicaron antes y después de la intervención se procesó en forma computarizada con el uso de la prueba estadística McNemar.⁽²⁷⁾ Los datos se procesaron en microcomputadora mediante el programa Excel para Windows.

RESULTADOS

Una vez realizado el estudio se obtiene como principal resultado el protocolo hipnoterapéutico para tratar la conducta suicida en la adolescencia que a continuación se describe (cuatro etapas, las dos primeras constituyen la primera sesión).

Etapas del protocolo

1. Identificar la conducta suicida según:
 - Consentimiento informado.
 - Categoría en que se expresa (ideación suicida, amenaza suicida, intento suicida).
 - Tipificar la conducta si se ha realizado el intento suicida.
 - Identificar capacidades y habilidades. (Capacidades: Conjunto de peculiaridades psicológicas individuales que responden a actividades socialmente estables).

(Habilidades: Facilidad para la ejecución de la actividad que se desarrolla con la ejercitación).

- Identificar en la etapa de desarrollo del sujeto estudiado: Crisis, sistema de comunicación y actividad, vivencias significativas como unidad de análisis de la situación social de desarrollo.

2. Contrato terapéutico:

- Medición de la variable dependiente: Intento suicida y ansiedad-depresión como alteraciones asociadas.

Técnicas a utilizar en la primer y última medición: IDARE, IDERE, Entrevista, Observación.

- Discusión de mitos en cuanto a la hipnosis.
- Definición de objetivos terapéuticos por sesiones.
- Duración.
- Frecuencia de las sesiones.
- Primera inducción neutra con utilización.

3. Sesiones hipnoterapéuticas, ajustándose al uso exclusivo de las técnicas protocolizadas.

3.1 Supresión sintomatológica (segunda sesión): La ansiedad se suprime con el estado de relajación progresiva condicionado por las sugerencias del estado muy leve o hipnoidal, lo garantiza la técnica del escaneo corporal cuyo método es el de ir sugiriendo relajación progresiva desde los pies a la cabeza por grupos musculares. En un segundo momento en la etapa leve se sugiere al sujeto que construya un lugar seguro o puerto seguro donde se sienta completamente protegido, relajado y tranquilo.

La depresión como estado se suprime con el uso de sugerencias de proceso en estado hipnótico leve y medio se indica mediante el uso de un lenguaje metafórico la construcción de símbolos protectores que aumentan autoestima, control y seguridad.

El estado hipnótico como submodalidad del estado de vigilia tiene la singularidad de inhibir los tiempos psicológicos pasado-futuro, por lo que garantiza una contextualización en tiempo presente, de esta manera funciona para las regresiones y progresiones etarias donde el sujeto no recuerda sino vive la experiencia intrahipnóticas.

Pone en evidencia la imposibilidad de manifestar depresión y ansiedad por los contenidos temporales desde el punto de vista psicológico inherentes a cada una de estas respuestas emocionales que engloban: Aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

3.2 Modificación comportamental específica de la con-

ducta suicida (tercera sesión): Uso del reforzamiento en cada una de las sesiones posteriores, utilizando recursos terapéuticos como la sumarización.

Terapia racional emotiva comportamental: ⁽²³⁾

El modelo ha sido ampliado continuamente para satisfacer las necesidades de la práctica clínica, para el estudio, bajo estado hipnótico.

A (Acontecimientos observados)

B ("Beliefs" [creencias]: Interpretaciones y juicios de valor, acerca de A)

- rB: Creencias racionales
- iB: Creencias irracionales

C (Consecuencias de las creencias B sobre los acontecimientos A)

- Ced: Consecuencias emocionales deseadas
- Ccd: Consecuencias conductuales deseadas
- Cei: Consecuencias emocionales indeseables
- Cci: Consecuencias conductuales indeseables

D (Debate o proceso de cuestionamiento racional)

- Efcg: Estrategias cognitivas (diálogo socrático, biblioterapia y otros)
- Efe: Estrategias emotivas (ensayos por medio de la imaginación)
- Efc: Estrategias conductuales (pruebas de realidad empíricas y ensayos conductuales)

E (Efectos del proceso de cuestionamiento y la práctica)

Aplicación intrahipnótica:

A: Definición de la experiencia que según el sentido personal del sujeto en particular condiciona la conducta suicida.

B: Identificar los saberes específicos del sujeto en particular sobre los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, complicaciones, consecuencias, letalidad del método empleado e intencionalidad de morir con la conducta manifiesta.

C: Identificar los sistemas de creencias socialmente adquiridas por el sujeto que conlleven a la conducta suicida como método de salida a la situación definida como problemática.

D: Discusión de las ideas irracionales con la intención de lograr homogeneización en los componentes afectivo-cognitivo-comportamentales. Se garantiza el uso de mecanismos de afrontamiento centrados en las soluciones.

E: Efectos del proceso de cuestionamiento según la construcción de escenarios donde poner manifiesta una conducta sana y describir consecuencias en la práctica. Se realiza una reconfiguración cognitiva del suceso y las alternativas para plantear soluciones.

3.3. Sesiones terapéuticas mediante sugerencias intrahipnóticas complicadas (cuarta, quinta y sexta sesión). Objetivo: Supresión sintomatológica asociadas a alteraciones del contenido del pensamiento: ideas sobrevaloradas, ideas suicidas y anhedonia como síntoma cualitativo de la esfera afectiva evidente en depresiones moderadas y profundas.

Técnicas: Las técnicas utilizadas se construyen a través de la imaginación donde se desarrollan símbolos y se aplican recursos específicos: silla vacía, hipertermia, regresiones y progresiones e hipnobiodramaturgia.

La técnica de la silla vacía (*empty chair*, en inglés) ha sido comúnmente asociado con la práctica de la terapia Gestalt, consiste básicamente en crear mentalmente un personaje con el cual se quiere confrontar algún problema, entonces asumir su rol en su lugar y después contestar en el lugar del sujeto con el rol que le pertenece a él mismo.)

Es el elemento básico para el trabajo terapéutico en este enfoque. Consiste básicamente en poner en evidencia el diálogo interno de la persona. En dicho diálogo se enfrentan, el "perro de arriba" y el "perro de abajo"; es decir, todo aquello por lo que nos sentimos oprimidos (a raíz de los introyectos) y el rol con el que nos hemos identificado como víctimas ("perro de abajo"). En la práctica dicho perro de arriba puede estar representado por el padre, la madre, el jefe, los amigos, la pareja.

Durante la terapia se puede dar significados distintos al igual que los usos como con la *silla caliente*, el sujeto pasa de una silla a otra, representa cada uno de los roles y expresa sus emociones, de tal suerte que, esté donde esté, todas las ideas y sentimientos son del propio paciente. De esa forma se logra el principal objetivo de la *silla*, que es la recogida de la proyección y el cierre de la situación.

Hipertermia en el proceso terapéutico. Focalizar la atención en la voz y provocar sensación de relajación en todo el cuerpo como se hace en cualquier inducción hipnótica.

Se realiza una inducción de zona para focalizar la atención en la localización específica donde se va a trabajar. Se debe proteger en el trabajo los órganos vecinos con sugerencias que condicionen esto, se debe intensificar entonces la hiperconcentración en el órgano o parte tratada (siempre se indica al sujeto que señale o identifique una zona donde se expresan las emociones y sentimientos).

El paciente debe conocer todo lo que está sucediendo o debe suceder durante la terapia, ejemplo: en estos

momentos las emociones-sentimientos negativos/os se disuelven, evaporan y tu "hígado se regenera y recupera su estado y apariencia normal".

Las sugerencias más acertadas son de una pradera-bosque-campo; se le sugiere que pasea, huele, siente, disfruta del paisaje y a la entrada del bosque se le propone que haga una pregunta que condicione una respuesta a sus situaciones particulares... el objetivo es que se abra la expresión emocional que acompaña la lesión (psicológica) motivo de consulta.

3.4. Modificación personalológica específica de la conducta suicida (sesiones siete-ocho). Objetivo: Condicionar la estabilidad comportamental del sujeto orientado a la salud en cualquier contexto donde se manifieste la conducta.

Recursos a utilizar: uso de estrategias de la psicoterapia transpersonal de la expresión emotiva y la imaginaria.

Impermanencia: todo existe en un límite de tiempo, hasta el tiempo mismo, para quienes lo percibimos en algún momento de nuestras vidas lo dejaremos de hacer. Cada etapa de la vida (niñez, adolescencia, juventud y adultez) y las características físicas inherentes a cada una de ellas también lo son, condicionan la posibilidad de que todo lo que sucede así como comienzan terminan, sean buenas o malas según las evaluaciones personales de cada quien ante una situación específica.

Ejemplo: la vida es como leer un libro, se hace necesario pasar de página para terminar cada capítulo, el fin del mismo no necesariamente significa que el libro ha terminado sino que cada vez es más interesante, suceden cosas que no pensamos, solo por mantenernos en una zona de confort que nos impide disfrutar la próxima página, tal vez..., un nuevo capítulo...

Desapego: una vez comprendida la impermanencia como concepto podemos identificar la necesidad de desapegarnos de cada evento de nuestras vidas, esto no significa pensar que nada es importante sino que contrario a esto, sólo debe tener la importancia temporal necesaria para dar una respuesta. Previo a esto debemos conocer si la tiene.

¿El problema que identifiqué es mío? ¿En qué medida depende de mí? ¿Tiene solución? ¿Soy yo el responsable de darla? ¿Es realmente un problema? Desapegarse significa depositar la energía suficiente no en el objetivo o meta final sino en el proceso en sí.

Técnicas intrahipnóticas: En cada sesión se deben reforzar los logros obtenidos en cada una de las etapas para garantizar el éxito terapéutico.

Progresiones etarias: Se identifican posibles escenarios donde se manifieste la conducta del sujeto de forma sana.

Ser capaz de conocerse una vez logrado el estado de salud placentero esperado.

Identificar situaciones que tal vez en el pasado generaron un conflicto, o tal vez en un futuro podrían existir. Lograr alternativas de enfrentamiento desde un estado afectivo que en equilibrio cognitivo centre la conducta del paciente en las soluciones.

De este modo se logra un sujeto que desde la comprensión de las emociones que emanan de la situación definida como problema, construya soluciones sanas contrarias a las conductas autodestructivas que generaron el motivo de consulta inicial.

4. Cierre de la relación terapéutica:

Se da de alta al paciente una vez evaluado el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Establecer la posibilidad de volver a consulta cuando lo estime conveniente aun sabiendo como terapeuta que uno de los aspectos a tener en cuenta desde el punto de vista ético es garantizar la independencia terapéutica del sujeto-cliente-paciente.

Se cita para medición de las variables identificadas tres meses luego de dada el alta.

Los valores registrados antes y después de las sesiones quedan documentados en las tablas 1 a 6.

Tabla 1. Niveles de ansiedad rasgo-estado antes y después de aplicado el protocolo: grupo experimental

Ansiedad	Niveles	Antes		Después	
		No.	%	No.	%
Rasgo	Alto	45	60	-	-
	Medio	27	36	7	9
	Bajo	3	4	68	91
Estado	Alto	67	89,3	-	-
	Medio	7	9,3	2	3
	Bajo	1	1,3	73	97

n = 75 McNemar Rasgo $X^2_c = 67,7$ $X^2_r = 5,99$ GL = 2 p > 0,05
 McNemar Estado $X^2_c = 134,8$

Tabla 2. Niveles de ansiedad rasgo-estado: grupo control

Ansiedad	Niveles	Antes		Después	
		No.	%	No.	%
Rasgo	Alto	43	53	2	2
	Medio	36	45	19	24
	Bajo	1	2	59	74
Estado	Alto	60	75	-	-
	Medio	17	21	23	29
	Bajo	3	4	57	71

n = 80 McNemar Rasgo $X^2_c = 2,83$ GL = 1 p ≤ 0,05
 McNemar Estado $X^2_c = 0,03$

Tabla 3. Niveles de depresión rasgo-estado antes y después de aplicado el protocolo: grupo experimental

Depresión	Niveles	Antes		Después	
		No.	%	No.	%
Rasgo	Alto	43	57	-	-
	Medio	30	40	5	7
	Bajo	2	3	70	93
Estado	Alto	69	92	-	-
	Medio	5	7	1	1
	Bajo	1	1	74	99

n = 75 McNemar Rasgo $X^2_c = 125,08$ $X^2_T = 5,99$ GL = 2 p >0,05
McNemar Estado $X^2_c = 142,72$

Tabla 4. Niveles de depresión rasgo-estado: grupo control

Depresión	Niveles	Antes		Después	
		No.	%	No.	%
Rasgo	Alto	47	59	3	4
	Medio	32	40	21	26
	Bajo	1	1	56	70
Estado	Alto	41	51	5	6
	Medio	37	46	21	16
	Bajo	2	3	54	78

n = 80 McNemar Rasgo $X^2_c = 0,97$ GL = 1 p ≤0,05
McNemar Estado $X^2_c = 2,06$

Tabla 5. Niveles de autoestima antes y después de aplicado el protocolo: grupo experimental

Autoestima	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Nivel alto	3	4	70	93
Nivel medio	21	28	2	3
Nivel bajo	51	68	3	4
Total	75	100	75	100

McNemar Autoestima $X^2_c = 63,34$ GL=2 p >0,05

Tabla 6. Niveles de autoestima antes y después de aplicado el protocolo: grupo control

Autoestima	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Nivel alto	2	3	41	51
Nivel medio	15	19	34	43
Nivel bajo	63	78	5	6
Total	80	100	80	100

McNemar Autoestima $X^2_c = 0,57$ GL = 1 p ≤0,05

DISCUSIÓN

Una vez aplicados los instrumentos para medir la influencia del protocolo propuesto en la conducta suicida y las alteraciones psicológicas identificadas en los sujetos del grupo experimental; podemos afirmar que la ideación suicida quedó completamente suprimida en el grupo experimental y no así en el grupo control.

La evidencia queda registrada en la escala de ideación suicida donde se puede identificar la presencia de deseos de vivir, ausencia de ideación y planificación suicida. No existe en el grupo experimental ninguna expresión clínica de la conducta suicida en sus categorías específicas: ideación suicida, amenaza suicida, intento de suicidio y suicidio consumado.

A la entrevista no se recogen datos clínicos que expresen presencia de ideación suicida o alguna alteración asociada a ella, así como en la observación durante la evaluación. Una vez aplicado el protocolo diseñado se puede apreciar como los niveles de depresión como rasgo-estado disminuyeron de manera significativa en los sujetos del grupo experimental, y no así en el grupo control.

La efectividad terapéutica queda demostrada en los valores registrados antes y después en las tablas referentes a la ansiedad, depresión y autoestima en el grupo experimental, indican que el protocolo condiciona una modificación significativa estadísticamente.

Antes del tratamiento 57 % de la muestra en el grupo experimental tenía un nivel alto de depresión como rasgo y como estado 92 %. Una vez aplicado se evidencia 93 % en el nivel bajo de depresión como rasgo y 99 % en el estado.

Podemos observar cómo se modifica la expresión de los niveles de autoestima antes y después de la intervención, 68 % de la muestra de investigación evidenciaron niveles bajos de autoestima, sólo 4 % de la muestra manifestó un nivel alto. Después se observa un aumento significativo de 93 % al nivel alto, y sólo 4 % de la muestra en el grupo experimental persistió en nivel bajo de autoestima con 3 sujetos del total estudiado.

La lectura del protocolo y la estructura metodológica exigida para su aplicación, permite al terapeuta conocer la estabilidad de los cambios. La definición de objetivos psicoterapéuticos permite suprimir la sintomatología referida, modificar el comportamiento ante la situación que desencadena la conducta y la reeducación de la personalidad que permite una regulación estructurada del comportamiento de los sujetos tratados.

Teniendo en cuenta que la personalidad se entiende como un sistema que regula y autorregula el comportamiento, es única, dinámica pero estable. Se comprende a esta como un fenómeno en constante evolución independientemente de la etapa de vida.

Estos resultados condicionan que el protocolo propuesto, además de ser único en el contexto donde se aplica, sea efectivo según lo demuestra el procesamiento estadístico de los resultados alcanzados en la muestra de investigación. Estos criterios son coincidentes con Pérez Almoza, G. ⁽³³⁾

Al ser primera vez que en Cuba se diseña y aplica un protocolo basado en hipnosis para el tratamiento de la conducta suicida en la adolescencia, no se pueden identificar registros previos para realizar comparaciones de divergencia y convergencia, al menos hasta el momento de consulta de la bibliografía para el desarrollo de la investigación.

Conclusiones

La investigación permite conocer como la integración de diferentes recursos terapéuticos aplicados en estado hipnótico, establece un mejoramiento en el estado de salud mental de los sujetos tratados. Con los resultados obtenidos se puede concluir que el protocolo diseñado y aplicado en el grupo experimental garantiza la supresión de la intención suicida, condiciona un aumento de los niveles de autoestima y disminuye la ansiedad y depresión como alteraciones asociadas a la conducta suicida. Los datos procesados permiten afirmar que para la muestra de estudio es estadísticamente significativo el efecto del protocolo propuesto para la conducta suicida, queda así confirmada la hipótesis de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Collings S, Jenkin G, Stanley J, McKenzie S, Hatcher S. Preventing suicidal behaviours with a multilevel intervention: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* [serial on the Internet]. 2018, Jan 16 [cited 3 April 2018]; 181-13. Available from: Academic Search Premier.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Sinopsis, Ginebra, 2012.p.3. [Citado 13 mayo 2020] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9275324220_spa.pdf
- Raheb C. Conducta suicida en niños y adolescentes. p.1-2 Publicado: 2012 [Citado 9 jun 2020] Disponible en: http://www.familianova-schola.com/files/Conducta_suicida.pdf
- Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación. Ministerio de Educación. La Habana, 2011
- Paz Robledo H. El suicidio en adolescentes: lo que el equipo debe saber. *Revista Peruana de Pediatría Scielo*. v.60 n.1 Lima ene. / abr. 2011. [Citado: 27 jun 2020] Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v60n1/pdf/a11v60n1.pdf>
- Centro provincial de higiene y epidemiología. Anuario estadístico, Holguín, 2017.
- Ochoa Roca R M, Infante Pérez E M, Ochoa Roca T. Caracterización de la conducta suicida en el Policlínico "René Ávila Reyes". Holguín 2007-2010. [Citado: 25 may 2017]
- Pérez Barrero SA. El suicidio. Comportamiento y prevención. Editorial Oriente.2011.
- Cortes Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2014, vol.30, n.1 [Citado 26 jun 2018], pp. 132-139. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo>.
- Programa Nacional de Atención integral de salud para adolescentes. MINSAP, Cuba, 2013.
- Pineda MS, Matos Premiot JY, Heredia Barroso D. Intervención educativa sobre conducta suicida. *Revista Información Científica* [Internet]. 2017 May [cited 17 Apr 2019]; 96(3):405–14. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126352461&lang=es&site=ehost-live>
- Polo, M. y Chávez, B. Psicoterapia Transpersonal de la Expresión Emotiva y la Imaginería. México: Thanatos, 2014.
- Castellano L. T. y col. Intento suicida en el niño y el adolescente. Hospital psiquiátrico de la Habana 2012.
- Pérez Sergio. Manejo de la crisis suicida del adolescente. *Avances de salud mental relacional. Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE Revista Internacional*. Versión impresa. Vol.1, núm. 4 – Marzo, 2010.
- American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana, 2014. ISBN 9788498358100.
- Darke S, Cambell G, Popple G. Self-harm and attempted suicide among therapeutic community admissions. *Drug & Alcohol Review* [serial on the Internet]. 2012 June [cited 3 April 2020]; 31(4): 523-528. Available from: Academic Search Premier. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=76330258&lang=es&site=ehost-live>
- Villar-Cabeza F, Esnaola-Letemendia E, Blasco-Blasco T, Prieto-Toribio T, Vergé-Muñoz M, Vila-Grifoll M, et al. Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida. *Actas Espanolas de Psiquiatria* [Internet]. 2018 May [cited 17 Apr 2019]; 46(3):104–11. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=130206493&lang=es&site=ehost-live>
- APA Division 30, Society of Psychological Hypnosis. Definition and Description of Hypnosis. APAwebsite. 2014. Disponible en: <http://www.apadivisions.org/division-30/about/index.asp>
- Pérez Almoza, G. Bestard Bizet, R.S. Metamodelo meditativo en el tratamiento de la ansiedad en trastornos neuróticos. REEA, Vol. 1, No. 1. 2017 Pp. 283-294 [cited 17 Apr 2019] Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/reea>
- Cobián Mena A. Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas. Editores: Barcelona: Morales Torres, SL. Colección: Guías prácticas de autoayuda, 2004.
- Cobián Mena A. Yo sí creo en la hipnosis. Editorial Universitaria, Santiago de Cuba, Cuba, 184 p. 1ra. Edición, 1997.
- Rodríguez, P.M. Hipnosis: Fundamentos fisiológicos e investigativos, 2012. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/571>
- Ellis, Albert; Abrahms, Eliot. *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax. 2005, ISBN 978-968-860-776-3.
- Pérez Almoza, G. La Hipnosis Terapéutica y la Medicina Natural y Tradicional (Digitopuntura) en un Caso de Duelo. *Rev. Paname-*

- ricana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica. Versión Impresa. Vol. 5 No. 2, 2015. Disponible en: <http://apcht.org/#!/-revista-apcht/>
25. Pérez Almoza, G. La hipnosis terapéutica en el tratamiento del intento suicida. Rev. Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica. Versión Impresa. Vol. 6 No. 2, 2016. Disponible en: <http://apcht.org/#!/-revista-apcht/>
26. Pérez Almoza, G. Hipnosis en pacientes críticos: Ansiedad, depresión y conducta suicida. Ed. Arbaít Consultores Limitada. Chile. 2020. ISBN: 978-956-6084-00-6
27. Piloto Morejón, Manuel. Estadística Piloto: paquete estadístico digital educacional para las investigaciones epidemiológicas. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2010. 14. 27-37. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v14n4/rpr04410.pdf>

Recibido: 18/06/2020

Aprobado: 20/09/2020

Roles de autoría

1. Conceptualización: MSc. Gabriel Pérez Almoza.
2. Curación de datos: Lic. Lisandra María Cribeiro Sanz.
3. Análisis formal: MSc. Luis Enrique Cortés Pérez.
4. Adquisición de fondos:
5. Investigación:
6. Metodología: Dr.C. Alberto Erconvaldo Cobián Mena
7. Administración del proyecto:
8. Recursos: -
9. Software: -
10. Supervisión: Dr.C. Alberto Erconvaldo Cobián Mena.
11. Validación: -
12. Visualización: MSc. Gabriel Pérez Almoza.
13. Redacción borrador-original: MSc. Gabriel Pérez Almoza.
14. Redacción- revisión y edición: -

Conflicto de intereses. No existen conflictos de interés que declarar

Financiación. No existen fuentes de financiación que declarar

