

PROTOCOLO HIPNOTERAPÉUTICO PARA LA CONDUCTA SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA

PROTOCOLO HIPNOTERAPÉUTICO PARA LA CONDUCTA SUICIDA

AUTORES: Gabriel Pérez Almoza¹

Luis Enrique Cortés Pérez²

Lisandra María Cribeiro Sanz³

DIRECCIÓN PARA LA CORRESPONDENCIA: hipnosisalmoza@infomed.sld.cu

Fecha de recepción: 25-01-2021

Fecha de aceptación: 25-03-2021

RESUMEN

Introducción: La conducta suicida es definida como todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta. En el municipio Banes existe una alta incidencia de este problema de salud; aun cuando existe en Cuba el Programa Nacional para su prevención, control y seguimiento. Se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental con el objetivo de diseñar un protocolo hipnoterapéutico para la conducta suicida en adolescentes. **Método:** La muestra quedó conformada de manera intencional por 75 adolescentes identificados con conductas suicidas en las consultas de Psicología y Psiquiatría, dispensarizados por riesgo de intento suicida en el período estudiado. Se aplicaron inventarios para evaluar los niveles Rasgo-Estado en cuanto a Ansiedad y Depresión, y el inventario Coopersmith para Autoestima. **Resultados:** A partir de la intervención, 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 (67,7-142,72) resultaron estadísticamente significativos. **Conclusiones:** El protocolo es efectivo para la supresión de la intención suicida, aumenta los niveles de autoestima y disminuye la ansiedad y depresión como alteraciones asociadas a la conducta suicida.

PALABRAS CLAVE

Hipnosis; conducta suicida; adolescencia

¹ Licenciado en Psicología. Máster en Salud Mental Comunitaria. Profesor Asistente. Filial Universitaria de Ciencias Médicas de Banes, Holguín. Cuba. Email: hipnosisalmoza@infomed.sld.cu Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9736-8888>

² Licenciada en Psicología. Profesor instructor. Policlínico Universitario “César Fornet Fruto” de Banes, Holguín. Cuba. Email: hipnoscuba@gmail.com Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1709-8767>

³ Licenciado en Psicología. Master en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba. Email: lcortes@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7825-812X>

PROTOCOL HYPNOTHERAPEUTIC FOR THE SUICIDE CONDUCT IN THE ADOLESCENCE**ABSTRACT**

Introduction: The suicidal conduct is defined as all act committed to the disadvantage of who executes it. At the municipality Banes a loud incidence of this problem of health exists; Even when exists in Cuba the National Program for his prevention, control and treatment. Hypnotherapeutic protocol for the suicidal conduct in teens accomplished a study of quasi experimental type for the sake of designing a protocol itself. Method: The sign got shaped of intentional way by 75 teens identified with suicidal conducts in Psychology and Psychiatry consultations, identified for risk of suicidal attempt in the studied period. Inventories to evaluate levels applied Been Feature themselves as much as to anxiety and depression, and the inventory Coopersmith for self-esteem. Results: As from intervention, it was managed to decrease the anxiety like been feature to the low level 91 and 97 % and depression just the same 93 and 99 %. The self-esteem evidenced an increase to a tall level (93 %). The moral values of McNemar for chi squared calculated (67,7-142,72) proved to be statistically significant. Conclusions: Protocol is effective for the suppression of the suicidal intention, increases the levels of self-esteem and decreases anxiety and depression like correlated alterations the suicidal conduct.

KEYWORDS

Hypnosis; adolescen; suicidal conduct.

INTRODUCCIÓN

Afirma la Organización Mundial de la Salud (2012) que existen varios enigmas considerables en la vida humana, el suicidio es uno de ellos. Nadie conoce realmente por qué un ser humano se priva de la vida y la afirmación de que no hay motivo alguno que sea válido para asumir que esa conducta no resiste ninguna objeción. Desentrañar los misterios que emanan de la conducta suicida es parte de la ciencia.

Para Raheb (2014), el suicidio constituye un importante problema de salud, un verdadero drama existencial del hombre, se reconoce desde la antigüedad en la Biblia, en la Era Cristiana es considerado un pecado, condenado por la Iglesia todo individuo con conducta suicida.

La Organización Mundial de la Salud (2012) 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.

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 (Cortés, 2014), 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.

Teniendo en cuenta lo señalado por Gómez Cera F., Perdomo Thomson, M., & Pérez (2019). Se entiende en el presente estudio a la ideación suicida como alteración definida a manera de 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.

El parasuicidio o intento suicida es definido 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. Los autores (Collings, Jenkin, Stanley, McKenzie y Hatcher, 2018) plantean que el intento suicida es concebido de dos maneras: cuando el sujeto realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, pero su intención final no era quitarse la vida, y cuando fracasa en su intento de darse muerte una vez realizado el acto.

El suicidio resulta de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, considerándose como la expresión de una "falla" en los mecanismos adaptativos del sujeto al medio, provocada por una situación de conflicto actual o permanente que genera un estado de tensión emocional. (Cortés, 2014)

La valoración realizada en el Policlínico Universitario "César Fornet Fruto" acerca de esta conducta en los adolescentes le permite al autor, percatarse del incremento de autolesión de estos casos lo cual es alarmante.

Datos obtenidos en el Centro provincial de higiene y epidemiología arrojan lo siguiente:

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.

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 insuficiencias en los conocimientos del manejo psicoterapéutico de la ideación suicida en la adolescencia. Por tales razones y respondiendo a lineamientos nacionales de investigación, surge como problema científico, cómo contribuir al manejo psicoterapéutico de pacientes en edad pediátrica con riesgo de conducta suicida.

Propuestas Terapéuticas Para La Conducta Suicida.

En todos los momentos en los que se estudia y trata a la conducta suicida y sus distintas manifestaciones clínicas algunos autores tratan de plantearse programas de intervención, estos sin logros definidos o estandarizados que permiten palear este fenómeno y reducir su incidencia y prevalencia en la población mundial. Martín (2016)

Existen protocolos que sólo permiten hacer una descripción y caracterización de la conducta suicida para definir un diagnóstico. No así para tratar desde la clínica psicoterapéutica sus manifestaciones ni para prevenir su repetitividad (Pérez, 2016). En definitiva habilidades de conexión emocional y cognitiva, aumenta la probabilidad de modificar las respuestas fisiológicas y cognitivas, al variar estos antecedentes, cambian las operantes del suicida a favor de la vida.

Esta investigación deja a medias las intenciones de tratar desde una perspectiva psicoterapéutica al fenómeno conducta suicida. Existen carencias objetivas de un posicionamiento teórico que permita conocer técnicas, recursos y objetivos que aporten conclusiones a favor del manejo adecuado de esta conducta sin que habilite al sujeto a dejar de manifestar las expresiones clínicas o una maduración personalológica que prevenga una ulterior recaída. (Polo y Chávez, 2014)

Es pertinente señalar la necesidad de diseñar metodologías desde una fundamentación psicoterapéutica, que con un 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.

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.

La literatura científica actual demuestra un vacío en este sentido lo que condiciona que en los servicios de salud no se tengan los recursos psicoterapéuticos estructurados para el manejo de este fenómeno.

Hipnosis: conceptos y aplicaciones prácticas.

Definiciones de hipnosis como estado:

Según la Asociación Americana de Psicología (APA) Society of Psychological Hypnosis. *Definition and Description of Hypnosis* (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.

Inducción hipnótica: procedimiento diseñado para inducir la hipnosis.

Hipnotizabilidad: La capacidad de un individuo para experimentar alteraciones sugeridas en fisiología, sensaciones, emociones, pensamientos o comportamiento durante la hipnosis.

Hipnoterapia: El uso de la hipnosis en el tratamiento de un trastorno o preocupación médica o psicológica.

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, y, así mismo, intencionalmente, y en gran medida, son ateóricas.

Según Cobián (1997), 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.

Propuesta de definición para la hipnosis como técnica psicoterapéutica.

Para la presente investigación se entiende como hipnosis a propuesta del autor; como construcción del conocimiento que permite estructurar a la Hipnosis en el contexto clínico como herramienta psicoterapéutica de la siguiente manera:

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.

Esta construcción que pretende definir para la investigación a la hipnosis como modalidad psicoterapéutica es sin dudas el acercamiento más acertado como propuesta a intervenir en la conducta suicida.

DESARROLLO

Se realizó un estudio de investigación-acción y desarrollo de tipo cuasi-experimental desde el paradigma cuanti-cualitativo con el fin de diseñar un protocolo hipnoterapéutico 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.

El Universo y muestra: Quedó conformado de manera intencional por los pacientes adolescentes identificados con ideación suicida en las consultas de Psicología y Psiquiatría además de los dispensarizados por riesgo de intento suicida en el período estudiado, conociendo que todos los sujetos. Definiendo como muestra a 75 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez realizado el estudio se obtiene como principal resultado el protocolo que a continuación se describe

Protocolo Hipnoterapéutico Para La Conducta Suicida En La Adolescencia

Etapas del protocolo:

(Cuatro etapas, las dos primeras constituyen la primera sesión)

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 particularizadas según sujetos, 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 conducta suicida. (Tercera sesión)

Uso del reforzamiento en cada una de las sesiones posteriores, utilizando recurso terapéuticos como la sumarización.

Terapia racional emotiva comportamental:

El modelo ha sido ampliado continuamente para satisfacer las necesidades de la práctica clínica. Según Lega, Caballo y Ellis (1997)

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.

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 imaginería 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, en términos de Perls, 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, etc.

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.

Modificación personológica 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 Imaginería.

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 comiencen terminan, sean buenas o malas según las evaluaciones personales de cada quien ante una situación específica.

Ej: 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 identifico 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.

Ej: A veces cuando comenzamos una relación de pareja una de las partes hace una pregunta común: ¿Duraremos para siempre?

Para saber cuánto duraremos en términos de relación, debemos saber que no es más importante cuanto hacemos sino lo que hacemos para que este fin se consolide, o sea, el proceso en sí. La posibilidad de usar voluntariamente los tiempos psicológicos sin que esto condicione un estado emocional patológico como la ansiedad o depresión. El uso adecuado de los tiempos significa una permanencia en presente, con la búsqueda en pasado de recursos valiosos que condicionen éxito, desde el diseño de escenarios donde se contextualice nuestro comportamiento con una perspectiva sana.

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. (Conducta Suicida, Autoestima, Ansiedad y Depresión)

La definición de ocho sesiones terapéuticas como propuesta para el protocolo establecido no significa que se niegue un reajuste por las particularidades del sujeto. Es obligatorio el uso de cada recurso según queda determinado en la metodología del presente Protocolo Hipnoterapéutico para la Conducta Suicida en la Adolescencia.

Niveles de Ansiedad Rasgo-Estado. Antes y después de aplicado el protocolo.

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
	B a j o	1	1,3	73	97

n=75 McNemar Rasgo $X^2_C= 67,7$ $X^2_T=5,99$ $G1=2$ $p\leq 0,05$

McNemar Estado $X^2_C= 134,8$

Fuente: Test IDARE

Niveles de Depresión Rasgo-Estado. Antes y después de aplicado el protocolo.

Depresión	Niveles	A n t e s		Después	
		N o .	%	N o .	%
R a s g o	Alto	43	57	-	-
	Medio	30	40	5	7
	Bajo	2	3	70	93
E s t a d o	Alto	69	92	-	-
	Medio	5	7	1	1
	Bajo	1	1	74	99

n=75 McNemar Rasgo $X^2_C= 125,08$ $X^2_T=5,99$ $G1=2$ $p\leq 0,05$

McNemar Estado $X^2_C= 142,72$

Fuente: test IDERE

Niveles de autoestima. Antes y después de aplicado el protocolo.

Autoestima	Antes		Después	
	N o .	%	N o .	%
Nivel alto	3	4	70	93
Nivel medio	21	28	2	3
Nivel bajo	51	68	3	4
T o t a l	75	100	75	100

n= 75 McNemar Autoestima $X^2_C= 119,86$ $X^2_T=5,99$ $G1=2$ $p\leq 0,05$

Fuente: Inventario Cooper-Smith

CONCLUSIONES

En el presente estudio queda determinado un esquema terapéutico que a juicio de expertos, evidencia su pertinencia; además de que para el contexto clínico no existe hasta el momento una mejor acertada definición de Hipnosis, no como estado sino como proceso en la relación terapéutica. Con los resultados obtenidos se puede concluir que el protocolo diseñado y aplicado es efectivo para la supresión de la intención suicida, aumenta los niveles de autoestima y disminuye la ansiedad y depresión como alteraciones asociadas a la conducta suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA Division 30. (2014). Society of Psychological Hypnosis. *Definition and Description of Hypnosis*. Recuperado de: <http://www.apadivisions.org/division-30/about/index.asp>.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana. ISBN 9788498358100.

Cortés Alfaro, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. vol.30(1) [Citado 2018 jun 26], pp. 132-139. Recuperado de: <http://scielo.prueba.sld.cu/scielo>.

Cobián Mena, A. (1997). *Yo sí creo en la hipnosis*. 1ra. Edición. Santiago de Cuba: Editorial Universitaria.

Collings S., Jenkin G., Stanley J., McKenzie S., Hatcher S. (2018). Preventing suicidal behaviours with a multilevel intervention: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* [serial on the Internet]. Jan 16 [cited April 3, 2018]; pp. 181-13. Available from: Academic Search Premier. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=127382301&lang=es&site=ehost-live>.

Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax.

Gómez Cera F., Perdomo Thomson, M., & Pérez Almoza, G. (2019). Estudio de la Conducta Suicida de adolescentes femeninas en la provincia de Las Tunas. *Opuntia Brava*, 11 (Especial 2), pp. 90-102. Recuperado de <http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/904>.

Lega, L.; Caballo, V.; Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Madrid: Siglo XXI.

Martín Pérez, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*., Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851777025>.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Sinopsis, Ginebra, p. 3. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9275324220_spa.pdf.

Pérez Barrero S. A. (2011). *El suicidio. Comportamiento y prevención*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

Pérez Almoza, G. (2016). La hipnosis terapéutica en el tratamiento del intento suicida. *Revista Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica*. Versión Impresa. Vol. 6(2)

Polo, M. y Chávez, B. (2014). *Psicoterapia Transpersonal de la Expresión Emotiva y la Imaginería*. México: Thanatos.

Raheb, C. (2014). Conducta suicida en niños y adolescentes. p. 1-2 Publicado: 2012
Recuperado de: http://www.familianova-schola.com/files/Conducta_suicida.pdf .

Centro provincial de higiene y epidemiología. (2017). Anuario estadístico. Holguín, Cuba.