

Autohipnosis Ericksoniana en la atención de la lesión deportiva sobre los factores de estrés, ansiedad, depresión y dolor

Ericksonian self-hypnosis in sports injury care on stress, anxiety, depression and pain factors

^{*,**}Víctor Adrián Márquez-Gurrola, ^{*}Jesús José Gallegos-Sánchez, ^{*}Edgar Felipe Lares Bayona, ^{*}Carlos Humberto Castañeda Lechuga, ^{***}José Torrecillas Lerma, ^{*}Alejandra Talamantes Martínez, ^{*}Abril Ávila Zúñiga, ^{*}Sandra Iliana Torres Herrera

^{*}Universidad Juárez del Estado de Durango (México), ^{**}Instituto Estatal del Deporte del Estado de Durango (México), ^{***}Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de Durango (México).

Resumen. El objetivo del presente estudio fue determinar el efecto que logra la aplicación de la técnica de autohipnosis Ericksoniana (AE) en las variables psicológicas (VP) de estrés, ansiedad, depresión y la variable dolor durante el proceso de tratamiento de la lesión deportiva (LD). Se aplicó la intervención con audios pregrabados fundamentados en la técnica de hipnosis Ericksoniana (autohipnosis) durante la terapia física, en un grupo de seis sesiones alternas en intervalos de 3 días durante un total de 18 días. El diseño del estudio es de tipo cuantitativo no probabilístico, descriptivo y longitudinal. Se aplicó carta de consentimiento informado, instrumentos de registro de datos generales y de la LD: "Cuestionario específico sobre aspectos deportivos y de lesiones"; y psicométrico: "Cuestionario DASS-21" (Depression Anxiety Stress Scales). Participaron 16 deportistas de los cuales; 5 son femenino y 11 son masculino, con media general de 24.5 años, que presentaron diversas lesiones deportivas, donde la frecuencia para la depresión fue de 50%, ansiedad 50%, y estrés 75%, todos presentaron dolor al inicio con una media de 7.3, mínima de 3 y máxima de 10 en la Escala Visual Analógica (EVA). Al término de las sesiones de intervención se encontraron valores en depresión, ansiedad y estrés con un 18.7%, y dolor en EVA con media de 0.87, mínimo 0 y máximo de 6. Se concluye que la técnica de AE aplicada al tratamiento de la LD, disminuyó de forma positiva los valores de los factores medidos.

Palabras clave: autohipnosis ericksoniana, dolor, lesión deportiva, variables psicológicas.

Abstract. The objective of the present study was to determine the effect achieved by the application of the Ericksonian self-hypnosis (AE) technique on the psychological variables (VP) of stress, anxiety, depression and pain variable during the sports injury treatment process (LD). The intervention was applied with pre-recorded audios based on the Ericksonian hypnosis technique (self-hypnosis) during physical therapy, in a group of six alternate sessions at 3-day intervals for a total of 18 days. The study design is quantitative, non-probabilistic, descriptive and longitudinal. An informed consent letter, general data recording instruments and LD were applied: "Specific questionnaire on sports and injury aspects"; and a Psychometric: "DASS-21 Questionnaire" (Depression Anxiety Stress Scales). 16 athletes participated, of which 5 are female and 11 are male, with a 24.5 years average, who presented various sports injuries, where the frequency for depression was 50%, anxiety 50%, and stress 75%; at the beginning, all presented pain with an average of 7.3, a minimum of 3 and a maximum of 10 on the Visual Analogue Scale (VAS). At the end of the intervention sessions, values were found for depression, anxiety and stress with 18.7%, pain on the VAS with an average of 0.87, a minimum of 0 and a maximum of 6. It is concluded that the AE technique applied to the LD treatment, positively decreased the values of the measured factors.

Keywords: ericksonian self-hypnosis, pain, psychological variables, sports injury.

Fecha recepción: 28-06-22. Fecha de aceptación: 13-10-22

Jesús José Gallegos-Sánchez
jesusgallegos@ujed.mx

Introducción

En el mundo del deporte existen de manera irrefutable las lesiones deportivas (LD), y como muestra encontramos a Chena, Rodríguez y Bores (2020) en su estudio en futbolistas donde la incidencia de 3.82 por cada 1000 horas totales entre entrenamiento y competencia, siendo mayor en los delanteros con respecto a las otras posiciones con un 24.9% del total, siendo las categorías más altas la sub 15 y la sub 23. Al adentrarse en el estudio de la LD estas presentan una complejidad mostrada en modelos multicausales (Cos, Cos, Buenaventura, Pruna, & Ekstrand, 2010; Bahr, Maehium, & Bolic, 2004) donde se encuentra que, durante su evolución y tratamiento se relacionan de manera importante con algunas variables psicológicas (VP), se trate de deporte escolar, federado o profesional (Dosil, 2007), algunos de los resultados de Prieto (2007) en su artículo dirigido al estrés y las lesiones deportivas señala,

que se encuentran situaciones estresantes tras una lesión y habitualmente el nivel del estrés se relaciona directamente con la gravedad de la lesión, sin embargo, esto se atenúa si se presenta un buen pronóstico, si hay un progreso adecuado o esperado durante la rehabilitación, también si existe un grupo de apoyo en la rehabilitación, si hay una continua evaluación e información del estado de la lesión, o poco deterioro del rendimiento deportivo, no así, cuando estos últimos son contrarios a lo planteado, si existe poca adherencia al tratamiento, dificultad para tener acceso a la rehabilitación debido al contexto general, disminución de convivencia con personas relevantes en el proceso de rehabilitación, e incremento o no remisión del dolor de la lesión.

En el estudio nombrado *Efectos de las lesiones sobre las variables psicológicas en futbolistas en edades juveniles* se menciona la aparición durante los años 90's de un modelo teórico de relación entre factores psicológicos y lesiones deporti-

vas, llamado *Modelo de Estrés y Lesión* de Andersen y Williams (1988) citado por Abenza, Olmedilla y Ortega (2010), refiere que a partir de este modelo se empezó a estudiar la aparición de múltiples factores psicológicos como la personalidad, la relación entre la autoconfianza y la lesión deportiva y también se destacan los recursos de afrontamiento y la ansiedad, finaliza enmarcando a un grupo de VP (autoconfianza, ansiedad, concentración e influencia de la evaluación del rendimiento) e incluye para esto un cuestionario de Características Psicológicas relacionadas con el Rendimiento Deportivo para el fútbol (CPRD-f), el que se deriva del original de Gimeno, Buceta y Pérez LLanta (2001), para destacar la relación importante entre los jugadores lesionados graves con la ansiedad ($CE=0.764$), lo que no apareció en las lesiones leves y moderadas.

A principios de siglo y para complementar se desarrolló un modelo que presenta los factores psicológicos involucrados en la LD (Olmedilla & García, 2009) donde se fijan algunas de las variables causales previas a la lesión como la ansiedad competitiva y el estrés psicosocial, durante la lesión hacen presencia la ansiedad, el estrés y la depresión, y finalmente posterior a la lesión se señala principalmente a la depresión.

Por lo anterior se considera la presencia de la LD en el contexto actual, la que es mostrada en un estudio denominado *Epidemiología y Predictores Psicológicos de la Lesión en el Deporte*, en 25 modalidades deportivas (Pujals, 2013) estableciendo que a mayor edad hay más posibilidad de presencia de la LD, recalando que la mayoría de los equipos revisados son de nivel competitivo profesional, y que al entrenar más de 4 veces por semana hay mayor posibilidad de lesionarse, también que el grupo de mayor incidencia de lesiones fue el de la modalidad de cooperación-oposición (baloncesto, balonmano, fútbol y rugby entre otros) de 4.5 lesiones/1,000 horas de exposición, por último se menciona como factor desencadenante a la conducta de riesgo y como factor protector a la autoeficacia.

Según Liberal, Escudero, Cantalops y Ponseti (2014), no se encuentra una correlación entre el impacto psicológico de la LD del atleta con respecto a la ansiedad competitiva, llegando a esta conclusión al realizar un estudio en una muestra de 26 deportistas, de los cuales fueron 17 gimnastas y nueve tenistas de 12 a 18 años de edad.

Por otra parte Olmedilla, Ortega, Murcia y García (2017) demuestra que los jugadores lesionados presentan un nivel de depresión mayor en comparación con los jugadores no lesionados.

Un par de años después un estudio nombrado *Niveles de depresión y ansiedad en jugadores masculinos de rugby de primera división en Colombia*, se encontró que tan solo el 2.27% de estos jugadores presentaban rasgos depresivos y el 25% tenían patrones de ansiedad (Pereira, et al., 2019).

Tamorri (2004) en su obra *Neurociencias y Deporte*, cita a Johnson y Kramer (2004), quienes dentro de la Psicología son de los primeros en registrar la aplicación de la técnica de hipnosis en deportistas en los años sesenta prin-

cialmente en tareas de fuerza, potencia y resistencia con resultados poco favorables.

Parte del tratamiento a la LD es mediante el uso de la técnica de hipnosis, en ocasiones se ha enfocado a la atención del dolor como un proceso de rehabilitación donde se pretende planificar y ejecutar una intervención dirigida a un reaprendizaje de las habilidades y recursos perdidos o que no se han tenido, que colaboren en este objetivo (Martín, 2010).

Téllez (2020), en su libro de *Hipnosis Clínica Ericksoniana*, cita a Erickson (1967), quien describe a la hipnosis como un estado de conocimiento o un estado de predisposición a usar lo aprendido; Téllez (2018), menciona algunas de las ventajas de la hipnosis en el ámbito deportivo: 1) relajación muscular y mental, 2) incremento de las capacidades imaginativas, 3) control de la ansiedad, 4) mejor percepción corporal y 5) recuperación del estado ideal de rendimiento.

En un estudio sobre la *Eficacia de la hipnosis en la psicología del deporte: Importancia de la comunicación y estudio de casos* (Hernández, Delgado, Fernández, & Carranque, 2017), se nombra a la hipnosis como una de las más antiguas para el tratamiento de la LD, y de los aspectos psicológicos que la acompañan como las variables antes señaladas, menciona que se ha utilizado en diversos estudios como en el tratamiento del dolor iniciando con Hilgard (1977) hasta Castel, Pérez, Sala, Padrol y Rull (2007), con buenos resultados, también para la ansiedad cita a Schoenberg (2000) calificándola como probablemente eficaz, y con respecto a la depresión menciona Alladin y Alibhai (2007) y el mismo menciona su uso para la recuperación de las lesiones deportivas (Hernández A. , 1994).

Tamorri (2004) cita a Erickson (1983), quien emplea la hipnosis exitosamente durante el entrenamiento del equipo estadounidense de tiro con carabina, y cita también Tamorri a Benzi et, al., (1991) donde señala a la hipnosis con considerable utilidad en el proceso de rehabilitación para los traumatismos deportivos, aliviando el dolor y reduciendo el exceso de ansiedad asociado a este y comenta que la autohipnosis es el proceso mediante el cual el individuo aprende poco a poco a recuperar por sí mismo el estado alternativo de conciencia al ponerlo en práctica en la situación competitiva de oposición, enfrentamiento y agresión, esto mediante una instrucción previa por un experto o grabaciones.

La hipnosis Ericksoniana es una técnica de intervención en la que el paciente es puesto en un estado de trance o atención mayor hacia su interior y al mismo tiempo conectado con el exterior de una forma menor, desde superficial, a profundo según la tendencia de cada persona y mediante el cual se tiene una ventana de apertura a cambios y aprendizajes inconscientes, para desarrollar habilidades mediante el juicio crítico y la intelectualización mediante sugerencias dirigidas principalmente hacia el cerebro derecho, con información espacial y no visual, entonación del lenguaje, manejando todo de manera sintética, para conseguir un pensamiento totalizador a través de automatizacio-

nes o secuencias (Zamarripa, 2020).

Orlick (2003) menciona que la autohipnosis se logra al ponernos en un estado de receptividad relajada, quedando temporalmente suspendidas las facultades mentales críticas de carácter normal y consciente, haciéndonos receptivos a cualquier sugerencia con cambios de tono de voz o repetitiva que nos hagamos a nosotros mismos (autosugestión) directa o indirectamente, menciona que se puede hablar consigo mismo, leer lo que has escrito, escuchar lo que has grabado o escuchar párrafos que está leyendo otra persona. También nos enseña los pasos para alcanzar la autohipnosis: 1) Fijar la atención consciente (fijación), 2) Relajar el cuerpo (relajación progresiva de Jacobson), 3) Desarrollo de la receptividad metáfora o diálogo (intervención repetitiva de aspectos a mejorar, de una a tres veces seguidas), 4) Sugestión a largo plazo (marcadores de continuación y reafirmación de la intervención a futuro).

Tamorri (2004) cita a Shone (1982), el cual describe los *efectos de la autohipnosis*: a) mejora la actitud mental y motivación para el entrenamiento; b) integración del hemisferio derecho e izquierdo; c) mayor percepción corporal; d) aumento de la capacidad de visualización y favorecimiento de procesos de recuperación después de una lesión.

Morton (2003) utilizó efectivamente las técnicas de autohipnosis para mejorar la ansiedad y el miedo que las lesiones físicas sufridas durante la práctica de alpinismo, donde utiliza el término de *aseguramiento hipnótico*, el cual se refiere a desarrollar la técnica, haciendo una práctica constante durante episodios desencadenantes de la ansiedad y temor cotidianos, dentro y fuera de la práctica deportiva, como la visualización, la respiración, el autohabla, la reestructuración cognitiva mediante parafraseo preconcebido y detonantes, mejorando su autoconfianza, sin dejar de entrenar físicamente.

En un estudio llamado: *Hipnosis para el control del dolor en pacientes con quemaduras*, de Pinto, Montoya (2010), menciona como 5 pacientes de quemaduras de segundo grado son sometidos a hipnosis mediante las técnicas de sugestión y autohipnosis, visualización con resultados positivos en cuanto a la reducción del dolor crónico en tres puntos, como sugerencia aporta el tener empatía y ganarse la confianza del paciente para que las visualizaciones sean más acordes y estructuradas a cada situación individual.

Existen varios modelos de la LD antes mencionados, que contemplan y trabajan con las VP, actualmente se trata a la LD sin un enfoque compartido con las VP, dándole prioridad al dolor y a la función anatómica, por lo que el objetivo de este trabajo fue determinar el efecto de la aplicación de la técnica Autohipnosis Ericksoniana (AE) sobre las variables psicológicas (VP) de estrés, ansiedad, depresión y dolor durante el proceso de tratamiento de la LD en la población de estudio, medido a través del cuestionario DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) (Antony, Cox, Enns, Bieling, & Swinson, 1988) y la Escala Visual Analógica (EVA) (Ubbillos, García, & Puente, 2019) (Vicente, Delgado, Bandrés, Ramírez, & Capdevila, 2018)

respectivamente, previo al inicio, durante y al final de la intervención.

Metodología

El método desarrollado es de tipo cuantitativo no probabilístico de diseño descriptivo comparativo y longitudinal. Participaron 16 deportistas que tuvieron una lesión derivada de una actividad deportiva y que manifestaron participar en el estudio de forma voluntaria, el lugar de atención fue el Instituto Estatal del Deporte (IED) del estado de Durango, dentro del departamento de Medicina del Deporte (MD), en el consultorio de medicina del deporte y en el área de Terapia Física general (TF). Se aplicaron instrumentos psicométricos estandarizados validados como el cuestionario DASS-21 (Antony, Cox, Enns, Bieling, & Swinson, 1988), (De Francisco, Arce, Vilchez, & Vales, 2016) utilizado previo y posterior a la intervención, y para la variable dolor se utilizó la EVA (Ubbillos, García, & Puente, 2019) mostrando una confiabilidad de Test-retest ($r=0.94$ a 0.71) y una validez de correlación con otras medidas del dolor ($r=0.62$ a 0.91) y Vicente, et al., (2018). La intervención se realizó empleando la técnica de hipnosis Ericksoniana con la variante de la aplicación de audios diseñados y pregrabados (auto-hipnosis) por un profesional entrenado en psicología deportiva e hipnosis de corte Ericksoniano, el cual es añadido al tratamiento establecido durante cada sesión de terapia física de la LD. Las cartas de consentimiento informado se aplicaron bajo las indicaciones de la Declaración de Helsinki versión octubre 2000. El procedimiento para los deportistas ingresados fue bajo las normas preventivas para SARS CoV-2 en horarios reducidos de atención bajo las normas según la Sanford guide (2020), durante el periodo de octubre a diciembre del año 2021, la intervención fue de 6 sesiones con intervalos de 3 días en cada sesión, siendo un total de 18 días hábiles (3 semanas) para cada participante. Para el análisis se utilizó la prueba de bondad de ajuste mediante Shapiro-Wilk y pruebas no paramétricas para muestras relacionadas con el estadístico signos de rangos de Wilcoxon (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006). La estadística descriptiva fue la mediana, rango, mínimo, máximo en las variables cuantitativas. Frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas (Sánchez, Tomasis, & Saenz, 2002). Se utilizó para este y futuros análisis el programa IBM Software Program Science Social (SPSS) Statistics versión 24 original.

Variables de estudio

Se integró una batería de preguntas de identificación de los deportistas, junto a una batería de las VP que más tienen relevancia de acuerdo a la revisión hecha en la aparición de una LD (García, Pujals, Fuster, Nuñez, & Rubio, 2014) y serían: 1) Ansiedad; 2) Estrés; 3) Depresión; Así entonces se consideran estas variables para integrar una batería de preguntas y junto con algunas variables no psicológicas: 4) Dolor. Se utilizó para su elaboración las nor-

mas de la American Psychological Association sexta edición con la ayuda de la guía de Zavala Trías (2012).

➤ Datos generales del deportista y de la lesión deportiva:

➤ Cuestionario específico sobre aspectos deportivos y de lesiones (Olmedilla, García, & Martínez, 2006), (Pujals, 2013); Compuesta por dos secciones: a) *Datos generales*: nombre, edad, sexo, nivel competitivo, frecuencia, duración, competiciones; b) *Lesión deportiva*: lesión actual, grado de lesión, lugar anatómico, tejido, tiempo de evolución, severidad percibida, dolor mediante EVA que consiste en una línea horizontal de 10 centímetros y en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma, (en el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad sin dolor-máximo dolor) según Vicente et, al., (2018), sitio de lesión (entrenando/competencia), tratamiento y diagnóstico.

➤ Depresión, ansiedad y estrés:

➤ Cuestionario DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) (Antony, Cox, Enns, Bieling, & Swinson, 1988), (De Francisco, Arce, Vilchez, & Vales, 2016). Posee 3 subescalas, *Depresión* (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21; V. Min. 5; V. Máx. 14+), *Ansiedad* (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20; V. Min. 4; V. Máx. 10+) y *Estrés* (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18; V. Min. 8; V. Máx. 17+). Se pide sumar las puntuaciones por separado de cada una, donde a mayor puntuación mayor grado de sintomatología (Olivo, 2019).

Resultados

En una revisión de la literatura científica se localizó la validez del cuestionario DASS-21 con un resultado mayor o igual (\geq) a 0.08 basado en el contenido de ítems por medio de la fórmula V de Aiken para cada una de las tres sub escalas. Al igual, se localizó la validación mediante el Alfa de Cronbach con valores de 0.895 para Depresión, 0.72 en Ansiedad y 0.907 en Estrés (Palomino, 2021), y en estudios similares se localizó en el instrumento DASS-21 un alfa de Cronbach de 0.96, alfas de Cronbachs de 0.93 para Depresión, 0.86 Ansiedad y 0.91 para Estrés (Daza, Novy, Stanley, & Averill, 2002). Para el instrumento de EVA, también en una revisión de literatura científica se identificó la confiabilidad por medio del Test-Re-test con un rango de correlación (r) de 0.71 a 0.94 y una validez correlacionada con instrumentos similares sobre dolor, en correlaciones desde 0.62 a 0.91 (Ubillos, García, & Puente, 2019).

En los resultados obtenidos en la presente investigación de la población estudiada todos fueron de un nivel competitivo federado, que corresponde al nivel amateur. El 31% de la población fue del sexo femenino, mientras que el 69% fue del sexo masculino. La edad promedio con desviación estándar de la población fue de 24.5 ± 14.26 años respectivamente. Los promedios de edad entre los grupos de sexo son para el grupo femenino de 20.60 ± 15.48

años, mientras que el sexo masculino es de 26.27 ± 14.07 años. Se aplicaron pruebas de bondad de ajuste para identificar si las variables de interés siguen una distribución paramétrica o no paramétrica mediante los estadísticos de Shapiro-Wilk en la población estudiada, observándose una significancia en los resultados marginales de los instrumentos de Depresión, Ansiedad y Dolor, evidenciando la falta de normalidad (Tabla 1).

Tabla 1
Bondad de ajuste en las variables de estrés, depresión, ansiedad y dolor

Variables	Pre intervención	Post intervención
	P*	P*
Estrés	0.949	0.480
Depresión	0.111	0.000
Ansiedad	0.007	0.001
Dolor	0.005	0.000

* Probabilidad del estadístico: Shapiro Wilk.

Se encontraron valores de medidas de centralización de acuerdo a la distribución de la variable en las pruebas de bondad de ajuste, se obtuvieron las medianas para las variables de depresión, ansiedad y dolor, para la variable de estrés se obtuvo la media. Los resultados obtenidos fueron para depresión con una mediana de 5, mínimo 2, máximo 14; la ansiedad con una mediana de 3.5, mínimo de 2, máximo de 13; y la variable dolor con mediana de 8, mínimo de 4, máximo de 10 en toda la población del estudio. La variable estrés siguiendo una distribución normal se obtuvo la media de 9.93 mínimo de 7, máximo de 19. Los resultados antes señalados, y tomando en consideración que la mayoría de las variables se alejan de la normalidad, se realizaron pruebas de muestras relacionadas, para buscar si existen diferencias consistentes entre pares mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, y para la variable estrés que sigue una distribución de normalidad se realizó la prueba T de Student. A excepción de la variable Ansiedad, las demás fueron estadísticamente significativas (Tabla 2).

Tabla 2
Relación del efecto de la intervención entre variables psicológicas, dolor

Variables	Pre intervención			Post intervención			P*
	Mediana	Min	Max	Mediana	Min	Max	
Estrés	9.93**	2	19	5.62**	1	13	0.000**
Depresión	5	0	14	2	0	15	0.026
Ansiedad	3.5	1	13	2	0	11	0.106
Dolor	8	3	10	0	0	6	0.000

*Probabilidad del estadístico: Wilcoxon.

**Probabilidad del estadístico: T-Student (media).

Al categorizarse dentro de sus clasificaciones psicométricas, cuatro no presentaron valores por encima de lo normal, 6 individuos tuvieron presencia para las tres variables, otros 2 para ansiedad y estrés, 2 para depresión y estrés, y finalmente 2 solo para estrés.

Los resultados para la variable dolor en el que se midió en una escala del 0 al 10 (0 = sin dolor, 10 = máximo dolor), se aplicó antes y después de la intervención (Autohipnosis Ericksoniana) obteniendo resultados descriptivos diferenciables entre las dos etapas. Antes de la intervención, el valor estadístico de la mediana fue de 8, mien-

tras que el valor después de la intervención disminuyó a un valor de mediana a cero (Tabla 3 y Figura 1).

Tabla 3
Estadística descriptiva e inferencial de las variables de Dolor antes y después de la Intervención

	Dolor Inicial	Dolor Final	P*
N	16	16	
Mediana	8.0000	.0000	0.000
Rango	7.00	6.00	
Mínimo	3.00	.00	
Máximo	10.00	6.00	

*Probabilidad del estadístico: Wilcoxon

La evolución de la variable dolor durante la intervención tuvo cambios en los valores estadísticos, mostrando en la primera sesión una mediana de 8, con un valor mínimo de 3 y un máximo de 10, en la segunda sesión la mediana fue de 5, con un mínimo de 2 y un máximo de 9, en la tercera sesión la mediana fue de 4 con un mínimo de 0 y un máximo de 7, en la cuarta sesión la mediana fue de 2 con un mínimo de 0 y un máximo de 6, en la quinta sesión la mediana fue de 1.5 con un mínimo de 0 y un máximo de 5, en la última sesión la mediana fue de 0 y la mínima de 0 con máxima de 6 (Figura 1).

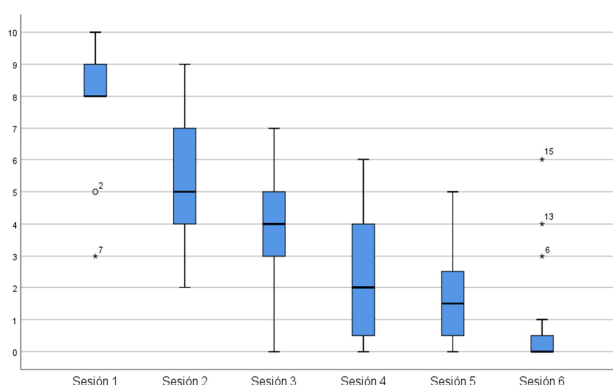


Figura 1. Evolución del Dolor durante las sesiones de intervención.

Para la variable depresión se midió en una escala del 0 al 14 (≤ 4 sano, 5-6 leve, 7-10 moderado, 11-13 severo, ≥ 14 extremo), se aplicó antes y después de la intervención obteniendo resultados descriptivos diferenciables entre las dos etapas. La intervención de AE evidenció un porcentaje más alto de personas sanas después del proceso de intervención, pasó del 50% al 81% de la población estudiada, aumentando un 30% como consecuencia de la intervención en los niveles de depresión (Tabla 4 y Figura 2).

Tabla 4
Niveles de Depresión antes y después de la intervención

	Depresión Inicial		Depresión Final	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sano	8	50.0	13	81.3
Leve	1	6.3	0	0
Moderado	4	25.0	2	12.5
Severa	2	12.5	0	0
Extrema	1	6.3	1	6.3
Total	16	100.0	16	100.0

Los resultados para la variable ansiedad en la cual se midió en una escala del 0 al 10 (≤ 3 sano, 4= leve, 5-7

moderado, 8-9 severo, ≥ 10 Extremo), se aplicó antes y después de la intervención de AE obteniendo resultados descriptivos diferenciables entre las dos etapas. Se evidenció un porcentaje más alto de personas sanas después del proceso de intervención, pasó del 50% al 81% de la población estudiada, aumentando un 31% como consecuencia de la intervención en los niveles de ansiedad (Tabla 5 y Figura 2).

Tabla 5
Niveles de Ansiedad antes y después de la Intervención.

	Ansiedad Inicial		Ansiedad Final	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sano	8	50.0	13	81.3
Leve	3	18.8	1	6.3
Moderado	2	12.5	0	0
Severa	1	6.3	1	6.3
Extrema	2	12.5	1	6.3
Total	16	100.0	16	100.0

Finalmente, los resultados para la variable estrés en la cual se midió con una escala del 0 al 17 (≤ 7 sano, 8-9 leve, 10-12 moderado, 13-16 severo, ≥ 17 extremo), se aplicó antes y después de la intervención de AE obteniendo resultados descriptivos diferenciables entre las dos etapas. Se evidenció un porcentaje más alto de personas sanas después del proceso de intervención, pasó del 25% al 81% de la población estudiada, aumentando un 56% como consecuencia de la intervención en los niveles de estrés (Tabla 6 y Figura 2). En la prueba de muestras relacionadas se encuentra significancia ($p < 0.001$) con la prueba T de Student (Tabla 1).

Tabla 6
Niveles de Estrés antes y después de la Intervención

	Estrés Inicial		Estrés Final	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sano	4	25.0	13	81.3
Leve	3	18.8	2	12.5
Moderado	5	31.3	0	0
Severa	3	18.8	1	6.3
Extrema	1	6.3	0	0
Total	16	100.0	16	100.0

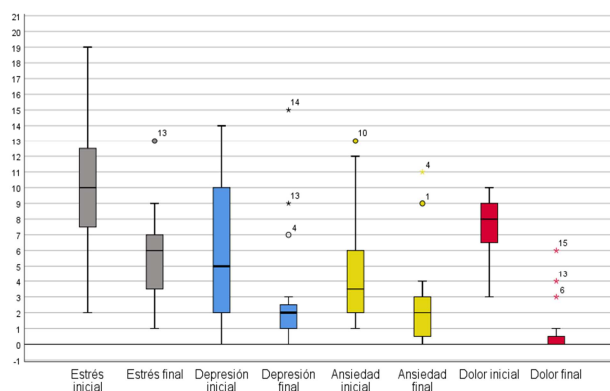


Figura 2. Efecto de la intervención en las variables de estrés, depresión, ansiedad y dolor.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar el efecto que logra la aplicación de la técnica de AE en las VP de estrés, ansiedad, depresión y dolor durante el proceso de

tratamiento de la LD, y se pretende conocer si contribuye el tratamiento de esta. Los valores obtenidos de las variables estudiadas que los deportistas lesionados mostraron posteriormente a la intervención fueron menores que al inicio, destacando sobre el resto la ansiedad, la que bajó moderadamente, coincidiendo en su estudio Schoenberg, et al., (1997) citado por Hernández Mendo (2017), que utiliza la técnica de hipnosis mediante componentes de tratamiento cognitivo conductual durante el entrenamiento de relajación, la inducción y autosugestión, de manera parecida, Morton (2003) utilizó la autohipnosis como parte del entrenamiento para logra mejorar la autoconfianza en la práctica deportiva y el tratamiento de la LD, enfocándose principalmente con el autohabla, la autosugestión, la exposición repetitiva a situaciones de ansiedad, la visualización, la respiración y la reestructuración cognitiva, comparativamente en este estudio se emplearon técnicas similares durante cada una de las sesiones de terapia física anexando la AE, que incluye la respiración activa aunada a los métodos de inducción progresiva, autovisualización, focalización y atención.

Respecto a la depresión esta disminuyó favorablemente, lo que también es comentado por Alladin & Alibhai, (2007) siendo que ellos utilizaron la hipnoterapia cognitiva combinada a la terapia cognitivo conductual obteniendo una reducción de hasta un 8% en un periodo de tratamiento de 16 semanas, siendo pues un buen punto de partida y comparación, de la misma manera Alladin, (2010) menciona al componente de autohipnosis dentro de la hipnoterapia cognitiva útil para crear un efecto positivo y atacar la autohipnosis negativa de las ideas rumiantes a través de sugerencias posthipnóticas y de fortalecimiento del ego, mediante cintas de audio que fomentan a enseñar la autohipnosis y cultivar la relajación. Atendiendo a los valores iniciales pre intervención encontramos similitudes respecto a la depresión con lo mencionado por Olmedilla Zafra, et al., (2017), donde los jugadores lesionados obtienen una media (4.22), y nosotros encontramos valores acordes a lo expuesto con una media de 5.8 (min. 2/máx. 14).

En cuanto al dolor y su reducción, coincide con lo mencionado por Hilgard, (1965) citado por Hernández Mendo et al., (2017) donde utiliza la visualización para realizar una disociación y facilitar la reducción del dolor y tener la analgesia hipnótica, lo que coincide con el armado de la AE utilizada en este estudio. Pinto & Montoya (2010), coinciden con el uso de la hipnosis y la autohipnosis para la reducción del dolor crónico en un valor de 3/10 en pacientes con quemaduras de segundo grado en un periodo aproximado de 20-30 días, utilizando la reestructuración cognitiva a través de las sugerencias conscientes e inconscientes y la visualización. Al mejorar la recuperación de las LD se refuerza la adherencia al tratamiento, lo que es un factor importante a considerar (Abenza, 2010), comparativamente con lo anterior, en esta investigación se observó un apego al tratamiento, que probablemente se tuvo debido al mantenimiento de una buena comunicación entre los deportistas y el personal que los atendió respecto

a su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y evolución, lo que permitió la elaboración del mismo.

Finalmente, en relación al estrés, este obtuvo los mayores puntajes, y en los modelos de LD suele estar presente en todas las etapas, Prieto (2007) menciona que existen factores que colaboran en su evolución como el buen progreso, pronóstico, la presencia de personas de apoyo en la rehabilitación, conocimiento de los registros médicos respecto a la lesión, de los cuales coincide en este estudio al informar de manera periódica la evolución de la LD durante el acompañamiento de la sesión terapéutica y de AE. De acuerdo con Lope & Solís (2020), se tiene una disminución de un factor denominado estrés específico al deporte, el cual disminuye comparativamente a los valores iniciales después de una intervención psicológica en futbolistas con una significación de 0.005 mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon, cabe destacar que como intervención utilizaron la aplicación de estrategias de afrontamiento durante las sesiones como la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación fisiológica, visualización o imaginación, técnicas de respiración y autodialogos, resultando aproximación con el presente estudio debido a que se utilizan estas mismas herramientas dentro de los audios pregrabados en AE.

Se concluye que la AE contribuye en la recuperación de la LD al utilizarse durante las sesiones de terapia física, empleándola como una herramienta más, que puede proporcionar el psicólogo deportivo, y en colaboración con el área de terapia física ayudar al deportista a tener una rehabilitación integral, buscando que su adherencia sea consistente, y que su reincorporación a la práctica deportiva sea lo más rápido posible.

Se considerará a futuro la aplicación del mismo en varios centros de atención de lesiones deportivas, esto para ampliar la población estudio, y tener un grupo de control sin la aplicación de la técnica de autohipnosis, para observar la evolución de las variables psicológicas y determinar la eficacia de la técnica por sí sola.

Referencias

- Abenza, L. (2010). *Psicología y lesiones deportivas: un análisis de factores de prevención, rehabilitación e intervención psicológica*. Murcia: Universidad Católica San Antonio de Murcia.
- Abenza, L., Olmedilla, A., & Ortega, E. (2010). Effect of injuries on psychological variables among under-19 soccer players. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 265-277. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v42n2/v42n2a09.pdf>
- Alladin, A. (2010). Hipnoterapia basada en la evidencia para la depresión. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 165-185. doi:10.1080/00207140903523194
- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Hipnoterapia cognitiva para la depresión: una investigación empírica. *Revista*

- internacional de hipnosis clínica experimental*, 147-166. doi:10.1080/00207140601177897
- Antony, M. M., Cox, B. J., Enns, M. W., Bieling, P. J., & Swinson, R. P. (1988). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181. doi:10.1037/1040-3590.10.2.176
- Bahr, R., Maehium, S., & Bolic, T. (2004). *Lesiones Deportivas. Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A., & Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. En A. Hernández Mendo, J. Delgado Giralte, M. M. Fernández de Motta, & G. A. Carranque chaves, *Efficacy of hypnosis in sports psychology. Importance of communication and study of cases* (págs. 463-468). European Journal of Pain.
- Chena, M., Rodríguez, M. L., & Bores, A. (2020). Epidemiology of injuries in young Spanish soccer players according to the playing positions. *Retos*, 459-464.
- Cos, F., Cos, M. Á., Buenaventura, L., Pruna, R., & Ekstrand, J. (2010). Modelos de análisis para la prevención de lesiones en el deporte. Estudio epidemiológico de lesiones: el modelo Union of European Football Associations en el fútbol. *apunts medicina de l'esport*, 45(166), 95-102. doi:doi:10.1016/j.apunts.2010.02.007
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation With a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 195-205.
- De Francisco, C., Arce, C., Vilchez, M. d., & Vales, Á. (2016). Antecedents and consequences of burnout in athletes: Perceived stress and depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 239-246.
- Dosil, J. (2007). *El psicólogo del deporte, asesoramiento e intervención*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Erickson, M. H. (1967). Problemas psicológicos básicos en la investigación de la hipnosis. En A. Téllez López, *Hipnosis Clínica Ericksoniana* (págs. 17-25). Monterrey: Editorial Universitaria.
- Erickson, M. H. (1983). La mia voce ti accompagnerá. En S. Tamorri, *Neurociencias y Deporte, Psicología Deportiva Procesos Mentales del Atleta* (págs. 183-216). Barcelona: Paidotribo.
- García, A., Pujals, C., Fuster, P., Nuñez, A., & Rubio, V. J. (2014). Determinación de las variables psicológicas y deportivas relevantes a las lesiones deportivas: Un análisis bayesiano. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(2), 423-429.
- Gimeno, F., Buceta, J. M., & Pérez, M. D. (2001). El cuestionario "Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo" (CPRD): Características psicométricas. *Análise Psicológica*, 19(1), 93-113. doi: <https://doi.org/10.14417/ap.346>
- Hernández, A. (1994). Atención psicológica o deportista lesionado estudio dun caso. En A. Hernández, J. Delgado, G. A. Carranque, & M. M. Fernández de Motta, *Efficacy of hypnosis in sports psychology. Importance of communication and study of cases* (págs. 40-45). Cuadernos de Psicología.
- Hernández, A., Delgado, J., Fernández, M. d., & Carranque, G. A. (2017). Eficacia de la hipnosis en psicología del deporte. Importancia de la comunicación y estudio de casos. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 17(3), 73-94. Obtenido de <https://revistas.um.es/cpd/article/view/313861/220881>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Distrito Federal: McGraw-Hill Interamericana.
- Hilgard, E. R. (1977). Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action. En A. Hernández, J. Delgado, M. M. Fernández, & G. A. Carranque, *Efficacy of hypnosis in sports psychology. Importance of communication and study of cases* (Vol. 17, págs. 73-94). Murcia: Cuadernos de Psicología del Deporte.
- Johnson, W. R., & Kramer, G. F. (2004). Effects of stereotyped nonhypnotic and hypnotic states. En S. Tamorri, *Neurociencias y Deporte, Psicología Deportiva Procesos Mentales del Atleta*. Research Quarterly.
- Liberal, R., Escudero, J. T., Cantalops, J., & Ponseti, J. (2014). Impacto psicológico de las lesiones deportivas en relación al bienestar psicológico y la ansiedad asociada a deportes de competición. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(2), 451-456. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235131674026>
- Lope, D. E., & Solís, O. B. (2020). Estrategias de afrontamiento como intervención al estrés en futbolistas. *Retos*, 613-619.
- Martín, M. (2010). *La Hipnosis en el Alivio y Tratamiento del dolor*. Promolibro. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/260079250_LA_HIPNOSIS_EN_EL_TRATAMIENTO_Y_ALIVIO_DEL_DOLOR
- Morton, P. A. (2003). The Hypnotic Belay in Alpine Mountaineering: The Use of Self-Hypnosis for the Resolution of Sports Injuries and for Performance Enhancement. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(1), 45-51. doi:<https://doi.org/10.1080/00029157.2003.10403564>
- Olivo, D. A. (2019). *Uso de la Terapia de Aceptación y compromiso para reducir síntomas de depresión y ansiedad en deportistas que se han visto obligados a abandonar su carrera debido a una lesión*. Quito: Universidad San Francisco de Quito USFQ.

- Olmedilla, A., & García, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Acción Psicológica*, 6(2), 77-91. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030762008>
- Olmedilla, A., García, C., & Martínez, F. (2006). Factores Psicológicos y Vulnerabilidad a las lesiones deportivas: Un estudio en futbolistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(1), 37-52. Obtenido de [chrome-extension://efaidnbmnmbpcjpcglclefindmkaj/https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v15n1/19885636v15n1p37.pdf](https://efaidnbmnmbpcjpcglclefindmkaj/https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v15n1/19885636v15n1p37.pdf)
- Olmedilla, A., Ortega, E., Murcia, J. A., & García, A. (2017). Relationship between levels of depression and sports injuries in football and indoor football players. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, 6(1), 35-40. Obtenido de <https://revistas.um.es/sportk/article/view/280381/204991>
- Orlick, T. (2003). *Entrenamiento Mental. Como vencer en el deporte y en la vida gracias al entrenamiento mental*. Barcelona: Paidotribo.
- Palomino, K. (2021). *Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): propiedades psicométricas y datos normativos en población adulta de Lima Metropolitana*. Lima, Perú: Universidad César Vallejo.
- Pereira, J., Peñaranda, D. G., Pereira, P., Pereira, R., Quintero, J. C., Marín, L., & Cruz, E. H. (2019). Niveles de depresión y ansiedad en jugadores masculinos de rugby de primera división en Colombia. *Revista Peruana de ciencia de la actividad física y del deporte*, 6(2), 758-765. Obtenido de <https://rpcafd.com/index.php/rpcafd/article/view/50/67>
- Pinto, B., & Montoya, T. (2010). Hipnosis para el control del dolor en pacientes con quemaduras. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 8(2), 122-156. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545466006>
- Prieto, R. G. (2007). El Estrés y las Lesiones Deportivas (III). El estrés posterior a la lesión. *efdeportes.com*(112). Obtenido de <https://efdeportes.com/efd112/estres-posterior-a-la-lesion.htm>
- Pujals, C. (2013). *Epidemiología y Predictores Psicológicos de la Lesión en el Deporte: Un estudio sobre 25 modalidades deportivas*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Obtenido de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/13038/62522_Pujals%20Constanza.pdf
- Sánchez, T. L., Tomasis, J. N., & Saenz, L. P. (2002). *Guía metodológica para la elaboración de un Protocolo de Investigación en el área de la salud*. Distrito Federal: Prado, S.A. de C.V.
- Sanford guide. (2020). COVID-19, SARS CoV-2. *webedition.sanfordguide.com*. Obtenido de <https://webedition.sanfordguide.com/en/sanford-guide-online/disease-clinical-condition/coronavirus>
- Schoenberg, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. En A. Hernández, J. Delgado, M. Fernández de Motta, & G. A. Carranque, *Eficacia de la hipnosis en psicología del deporte. -importancia de la comunicación y estudio de casos* (pág. 75). Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Tamorri, S. (2004). *Neurociencias y Deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- Téllez, A. (2018). *Estrategias de hipnosis clínica y terapia breve*. Monterrey: Editorial Universitaria UANL.
- Téllez, A. (2020). *Hipnosis Clínica Ericksoniana*. Monterrey: Editorial Universitaria.
- Ubillós, S., García, R., & Puente, A. (2019). Validación de un instrumento para la medición del dolor crónico en centros asistenciales de la tercera edad. *An. Sist. Sanit. Navar*, 42(1), 19-30. doi:10.23938
- Vicente, M. T., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M. V., & Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. 228-236. doi:10.20986/resed.2018.3632/2017
- Zamarripa, J. C. (2020). *Conceptos Básicos de la Psicoterapia Ericksoniana*. Durango, Durango, México: ciudadac.
- Zavala, S. (2012). *Guía a la redacción en el estilo APA, 6ta edición*. Universidad Metropolitana. Obtenido de <http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1401/Guía%20a%20la%20redacción%20en%20el%20estilo%20APA%2c%206ta%20edición.pdf?sequence=1&isAllowed=y>