



TESINA

**presentada para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

Título:

**“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un
esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de Campo”.**

Autor:

Balla, María Delfina DNI 40.838.458

Directora:

Lic. Prof. Chemez Codina, Mariana Victoria

Lugar y fecha de presentación:

Santa Fe, 14/03/2024

Firma de Autor:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'MAB', with a long horizontal stroke extending to the right.

RESUMEN

Introducción: Los esguinces agudos se encuentran entre las lesiones más comunes durante la práctica de fútbol, las cuales, a repetición, pueden causar inestabilidad crónica de tobillo. Las lesiones suelen ser abordadas sólo desde el punto de vista anatómico/biomecánico y no se contempla la influencia de las emociones que presenta el deportista antes y durante la rehabilitación kinésica previa a regresar al deporte.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es analizar cómo influyen las conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadores y jugadoras de “Hay Equipo” pertenecientes a la categoría B de la liga de fútbol amateur “Altos del Paracao”, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica y posteriormente un trabajo de campo, cualitativo, que constó de una entrevista semiestructurada a jugadoras y jugadores de “Hay Equipo” que cumplían con los criterios de inclusión.

Resultados: Se identificó al miedo como la conducta presente en la mayoría de los jugadores al momento de su retorno deportivo luego de recibir el alta tras recuperarse de un esguince de tobillo. Se destacó la evitación como recurso utilizado asociado a una ausencia/disminución del dolor y del riesgo de volver a lesionarse.

Conclusión: Se apreció al miedo como la conducta que estuvo presente en la mayoría de los jugadores a la hora del retorno deportivo. Si bien éste no fue un impedimento para que logran hacerlo, representa un factor importante que debe ser contemplado en el proceso de rehabilitación.

Palabras Claves: esguince de tobillo, conductas de miedo-evitación, fútbol, retorno deportivo, factores psicosociales, miedo.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	4
II a.	Objetivo General	4
II b.	Objetivos Específicos	4
III.	MARCO TEÓRICO	5
III.a.	Lesiones deportivas	5
III.a.I	Fútbol y Esguinces de tobillo	5
III.a.II	Factores de riesgo	6
III.b.	Evaluación y Diagnóstico	7
III.c.	Tratamiento y Prevención	8
III.c.I	Rehabilitación Kinésica	8
III.c.II	Prevención	11
III.d	Inestabilidad Crónica De Tobillo (ICT)	12
III.d.I	Cumberland Ankle Instability Tool (CAIT)	12
III.e.	Retorno Deportivo	13
III.e.I	Aspectos psicosociales de la rehabilitación en el deporte	13
III.e.II	Factores psico-sociales relacionados con el retorno deportivo	13
III.f	Conductas de miedo-evitación	16
IV.	JUSTIFICACIÓN	18
V.	MATERIALES Y MÉTODOS	19
V.a.	Revisión Bibliográfica	19
V.a.I.	Combinación de palabras claves y términos libres en español:	20
V.a.II.	Combinación de palabras claves y términos libres en inglés:	20
V.b.I	Población Blanco	22
V.b.II	Muestra	22
V.b.III	Variables	22
V.b.IV	Diseño	23
V.b.V	Instrumento	23
V.b.VI	Procedimiento	23
VI.	RESULTADOS	24
VI.a.I	Revisión bibliográfica	24
VI.b	Resultados del trabajo de Campo	28

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

VI.b.I Análisis de las entrevistas	28
VII. Discusión	49
VIII. Conclusión	53
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
X. ANEXOS	59
X.I Anexo 1	59
X.II Anexo 2	60
X.III Anexo 3	61

I. INTRODUCCIÓN

La práctica regular de ejercicio físico es recomendable para mantener un buen estado de salud. Hoy en día se sabe que la actividad física reduce el riesgo de desarrollar ciertas enfermedades, como son las de origen cardiovascular, la hipertensión arterial, diabetes tipo II, entre otras. Pero también, desafortunadamente, la actividad física no está exenta de efectos colaterales, como son, por ejemplo, las lesiones. Las mismas se producen por lo general durante la práctica de actividades deportivas de alta velocidad o que conllevan un riesgo de caídas y en deportes en equipo que se caracterizan por un contacto frecuente y de alta energía entre los jugadores (1).

Los esguinces de tobillo son lesiones frecuentes sufridas por deportistas, los mismos suponen hasta un 30% de las lesiones producidas en los diferentes deportes, la mitad de ellos se producen durante la práctica deportiva. Aunque la mayoría de estas lesiones responden bien al tratamiento conservador, la inestabilidad y la disfunción crónica son riesgos conocidos en este tipo de lesiones. La lesión ligamentaria ocurre como resultado de un traumatismo agudo, se las clasifica en grado 1 (leves), grado 2 (moderadas) y grado 3 (severas). Las lesiones de grado 1 se caracterizan por un daño estructural a nivel microscópico, con escaso dolor local. Las lesiones de grado 2 se describen como desgarros parciales y suelen producir un edema visible y dolor manifiesto, pero sin un compromiso de la estabilidad articular. Las lesiones de grado 3 ocasionan una ruptura completa del ligamento, causando un edema importante e inestabilidad (1,2).

Cabe destacar que los ligamentos son estructuras de tejido colágeno que conectan un hueso con otro. Su función es estabilizar las articulaciones de manera pasiva y, por otra parte, cumplen una importante función propioceptiva, ya que contienen numerosas terminaciones nerviosas periféricas de distinto tipo que transmiten información al sistema nervioso central sobre la posición, el movimiento y el dolor. Esta información es fundamental para mantener un control eficaz sobre los músculos periarticulares, pero las lesiones ligamentarias pueden afectar esta capacidad de registrar la posición y los movimientos de una articulación y esta pérdida de sensibilidad propioceptiva puede incrementar el riesgo de lesiones recurrentes (1).

Así mismo, el proceso de curación del cuerpo tiene lugar siguiendo una secuencia natural de fenómenos y puede dividirse en tres fases: la fase inflamatoria o aguda; la fase sub aguda, de reparación o proliferación; y la fase de remodelación o maduración. Es

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

importante entender lo que sucede durante cada una de estas fases con el fin de mantener el proceso de curación natural del cuerpo y limitar el potencial de lesión adicional (2).

En relación con lo mencionado anteriormente, cuando se llega a una decisión sobre el estado y la capacidad del paciente de reanudar la actividad, se deberá tener en cuenta lo siguiente: que el paciente esté libre de dolor cuando realiza su actividad, que el tobillo no esté inflamado y presente una correcta amplitud de movimiento, que tenga fuerza, resistencia y potencia muscular. Además, que su función propioceptiva esté conservada, como así también que su equilibrio, agilidad y coordinación sean los adecuados para participar de forma aguda y eficaz en la actividad deportiva, asimismo que esté preparado psicológicamente para reanudar la actividad. Este último punto reviste importancia porque el paciente debe tener confianza en que el tobillo es capaz de soportar las exigencias de la actividad física (3).

Se considera fundamental educar al paciente sobre la lesión y el proceso de curación, ya que los esguinces de tobillo son lesiones frecuentes en los individuos activos que realizan actividades deportivas de alto riesgo como el fútbol, pero no es una lesión que impida el retorno deportivo si se aplica una correcta terapéutica. Es prudente respetar los tiempos de cicatrización e intentar prevenir su recurrencia (2,3).

El modelo miedo - evitación describe cómo los individuos desarrollan y mantienen el dolor como resultado de los comportamientos evasivos sobre el miedo al dolor. Este, muchas veces, se perpetúa porque luego de producirse la lesión el comportamiento de evitación del movimiento se ve reforzado por el alivio inmediato del dolor. Las conductas de evitación se consolidan porque la persona aprende que evitando esas situaciones se reduce el dolor y el miedo. Por lo tanto, existe un continuo entre la confrontación y la evitación en el que se sitúa todo individuo que padece dolor. La confrontación es un modo de comportamiento adaptativo porque mantiene el equilibrio entre la sensación del dolor y las conductas del dolor. Por otro lado, la evitación es una respuesta desadaptativa porque el individuo no realiza actividades que requieren esfuerzo físico por miedo a sentir dolor o empeorarlo. Cuando todo esto se va generalizando, trae como consecuencia la disminución de los niveles diarios de actividad, lo cual a mediano plazo llevaría a la discapacidad funcional que afectaría negativamente al estado de ánimo de la persona (3).

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

Se estima que el 55% de los pacientes que sufren un esguince de tobillo no buscan evaluación y tratamiento médico inmediato luego de la lesión aguda. La tasa de esguince recurrente es alta, siendo hasta de un 80% en deportes de alto riesgo, conllevando a un gran porcentaje de pacientes a desarrollar inestabilidad crónica de tobillo (ICT) y esto se asocia a una disminución de la actividad física, la calidad de vida y su evolución hacia una artrosis postraumática de tobillo (4).

La liga “Altos del Paracao” de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, es la liga de fútbol amateur más grande de la ciudad, en la que compiten muchos equipos (actualmente 260). Esta liga se divide en dos torneos que se juegan durante el año: primero el “Torneo Apertura” que va desde marzo hasta fines de julio, y después el “Torneo Clausura” que abarca la segunda mitad del año (desde principios de agosto hasta fines de diciembre). Se encuentra formado por distintas categorías (libre femenino A, B, C y D; y masculino libre A, B, C, D y E, M30 A, B y C, y M40) y entre los equipos participantes se encuentra “Hay Equipo”. El mismo cuenta con un equipo femenino formado por 16 jugadoras que compiten desde el año 2021, y uno masculino formado por 30 jugadores que compiten desde el año 2009. Durante el desarrollo del torneo es muy frecuente que los jugadores y jugadoras sufran lesiones como son los esguinces de tobillo, lo cual conlleva todo un proceso de recuperación antes de volver al campo de juego, hecho que es manejado de distintas maneras según cada jugador (sus antecedentes, personalidad, aptitud física).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se presenta la siguiente incógnita: ¿Cómo influyen las conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de “Hay Equipo” pertenecientes a la liga de fútbol amateur “Altos del Paracao” de Paraná, Entre Ríos?

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

II. OBJETIVOS

II a. Objetivo General

- Analizar cómo influyen las conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de “Hay Equipo” pertenecientes a la categoría B de la liga de fútbol amateur “Altos del Paracao” de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

II b. Objetivos Específicos

- Indagar acerca de las sensaciones y emociones presentes en cada jugador/a de “Hay Equipo” al momento de su retorno deportivo tras recuperarse de un esguince de tobillo.

- Investigar acerca de la rehabilitación kinésica que hizo cada jugador/a luego de sufrir un esguince de tobillo.

- Analizar en base a la revisión bibliográfica, cómo se relacionan estas conductas con las recidivas y/o inestabilidad crónica de tobillo en los deportistas amateurs.

III. MARCO TEÓRICO

III.a. Lesiones deportivas

III.a.I Fútbol y Esguinces de tobillo

El fútbol es un deporte de alto riesgo de lesiones en las extremidades inferiores. Las lesiones del ligamento cruzado anterior (LCA) de rodilla y los esguinces laterales de tobillo (ELT) se encuentran entre las lesiones más importantes del fútbol amateur. Estas lesiones son conocidas por sus altas tasas de recurrencia y consecuencias negativas a largo plazo como la osteoartritis de rodilla e ICT (5).

Una lesión en el fútbol se define como cualquier accidente relacionado que ocurre durante el entrenamiento o un partido. La consecuencia es la restricción de la participación del jugador durante varios días, dependiendo de la gravedad de su condición (6).

En el fútbol, la articulación del tobillo se considera una de las zonas de lesión anatómica más habituales. A pesar de las múltiples patologías que afectan a esta, aproximadamente el 80% de las mismas se diagnostican como esguinces (6).

En los últimos años ha habido un crecimiento en el fútbol femenino. La incidencia de lesiones en las mujeres oscila entre 1.2 y 7 lesiones por cada 1000 horas de entrenamiento y entre 12.6 y 24 por cada 1000 horas de partido. Por lo tanto, el partido de fútbol conlleva un riesgo de lesiones significativamente mayor que el entrenamiento de las deportistas (6).

La tasa de lesiones de tobillo entre los jugadores de fútbol se debe a los frecuentes cambios de dirección y a los saltos. Estas lesiones a menudo resultan en dolor, inestabilidad, disminución del rendimiento, ausencia en la competencia y estrés psicológico, lo que genera es que el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de lesiones sean de suma importancia (7).

El ELT es la lesión más comúnmente reportada que resulta en 10 o más días de pérdida de actividad en el fútbol. Además de la pérdida de tiempo, existe una preocupación adicional por las lesiones recurrentes, control neuromuscular deteriorado, disminución de la actividad física, disminución de la calidad de vida relacionada con la salud y artrosis postraumática en individuos con antecedentes de ELT (8).

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

La prevención de ELT y las consecuencias posteriores a largo plazo se pueden lograr mediante programas de entrenamiento diseñados para mejorar el control neuromuscular (8).

El pronóstico a largo plazo del esguince agudo de tobillo no es favorable y una alta proporción de pacientes experimenta síntomas residuales persistentes (hasta un 40-50%) y recurrencia de lesiones. A pesar de la alta prevalencia e incidencia de estas lesiones, se ha informado que solo aproximadamente el 50% de las personas que lo sufren buscan atención médica (9).

III.a.II Factores de riesgo

Se han sugerido varios parámetros como posibles factores de riesgo del esguince de tobillo. Estos se clasifican en intrínsecos y extrínsecos. Algunos de los factores de riesgo intrínsecos son modificables y su identificación puede ser útil en la prevención de posibles lesiones (9).

Se considera que la posición de juego, el contacto directo con un oponente, el calentamiento inadecuado, el tipo de calzado que utilizan los futbolistas y jugar en césped artificial son los principales factores de riesgo extrínsecos de esta lesión, mientras que los factores de riesgo intrínsecos incluyen características anatómicas del pie (tipo de pie, alineación del pie y tobillo, hiperpronación del pie), laxitud de la articulación del tobillo, déficits de fuerza, flexibilidad, equilibrio y propiocepción, mecánica de la marcha, dominancia de las extremidades y esguinces de tobillo previos. Además, se incluyen factores de riesgo demográficos: edad, género, aumento de peso e índice de masa corporal (IMC) y altura (9).

Entre los jugadores de fútbol amateur, más del 80% de todas las lesiones sufridas se dan en el miembro inferior, de las cuales un 36% ocurren en el tobillo y hasta un 58% de estas ocurren sin contacto, lo que hace que la prevalencia de lesiones de tobillo sin contacto sea motivo de preocupación. Las mismas pueden considerarse intrínsecas a la persona, ya que no implican contacto con otros jugadores (10).

Existen varios factores de riesgo propuestos que pueden predecir la aparición de una lesión de tobillo, dentro de ellos: historia previa de lesiones, especialmente con

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

rehabilitación deficiente, el cual se ha propuesto como el mayor contribuyente a futuras lesiones de tobillo, aumentando el riesgo hasta siete veces (10).

III.b. Evaluación y Diagnóstico

Inmediatamente producida la lesión, se suele descartar la existencia de una fractura mediante una palpación cuidadosa de los puntos de control anatómicos críticos (maléolos lateral y medial, base del quinto metatarsiano y el navicular) y se deben evaluar la equimosis, el edema, sensibilidad en los puntos, el ROM (rango óptimo de movimiento), la laxitud de los ligamentos y la fuerza muscular (9).

Cabe señalar que, durante los pocos días posteriores a la lesión, en la condición aguda (especialmente cuando se ha producido derrame articular), el examen físico puede ser inespecífico debido al dolor y la inflamación (9).

En el caso de sospechar la existencia de una fractura, para la solicitud de estudios de imágenes, se sugiere aplicar las reglas de Ottawa de tobillo, una herramienta que mediante la palpación de cuatro puntos y la apreciación clínica determina si está indicado solicitarle al paciente radiografías para descartar fractura. Las reglas de Ottawa son:

- a. Dolor o aumento de la sensibilidad en los últimos 6 centímetros tanto del maléolo lateral como del medial
- b. Imposibilidad de caminar posterior al accidente o de dar 4 pasos
- c. Dolor a la palpación en la base del quinto metatarsiano
- d. Dolor a la palpación del hueso escafoides

La utilidad clínica de estas reglas es disminuir la cantidad de rayos X solicitados innecesariamente (11).

III.c. Tratamiento y Prevención

III.c.I Rehabilitación Kinésica

Existen algunos mitos y errores comunes en el tratamiento de los esguinces de tobillo que se deben conocer y evitar, como son: prescripción de imágenes radiográficas en exceso y/o sin justificación, falta de carga en la articulación e inmovilización por períodos prolongados, retraso en los movimientos funcionales y una rehabilitación inadecuada (9).

Al igual que en muchas lesiones músculo esqueléticas agudas, los principios de reposo, hielo, compresión y elevación (RICE) se aplican históricamente a pacientes con esguince de tobillo. La crioterapia durante 3 a 7 días se utiliza para reducir el dolor, minimizar la inflamación y el sangrado debido a la vasoconstricción. La compresión se considera una herramienta eficaz para reducir la inflamación y mejorar la calidad de vida. Además, la pierna lesionada con un esguince agudo puede elevarse entre 15 y 25 cm por encima del nivel del corazón para mejorar el drenaje venoso y linfático y minimizar la inflamación. El uso de la terapia RICE es un método razonable, rutinario y seguro en situaciones agudas para el alivio del dolor a corto plazo y para acelerar la movilización temprana (9).

Según la evidencia actual, la movilización temprana y el soporte funcional del tobillo son mejores que la inmovilización rígida en el tratamiento de los esguinces agudos de tobillo, especialmente para los esguinces grado I y II (9).

En cuanto a la terapia con ejercicios, cada vez hay más evidencia que respalda el uso de terapia con ejercicios como componente principal del programa de tratamiento. Se ha establecido la eficacia de los programas de terapia con ejercicios especialmente cuando se inician temprano después de un esguince agudo de tobillo. Estos programas pueden reducir la prevalencia de lesiones recurrentes, así como el desarrollo de inestabilidad funcional de tobillo. Además, pueden dar como resultado un tiempo de recuperación más temprano y una mejor función autoinformada después de un esguince agudo de tobillo. La terapia con ejercicios debe ser integral y progresiva e incluir ROM, flexibilidad (estiramiento), resistencia (fortalecimiento), ejercicios neuromusculares y propioceptivos y, finalmente, ejercicios funcionales específicos del deporte (9).

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

Cada deportista y cada lesión son diferentes y, si bien los programas de rehabilitación preestablecidos están ampliamente disponibles, deben considerarse solo como pautas y se debe diseñar un programa individual en conjunto con el deportista. Los objetivos deben planificarse y acordarse desde el principio para intentar evitar cualquier discrepancia en las expectativas tanto del kinesiólogo a cargo como del deportista (12).

El proceso de rehabilitación se puede dividir en 3 fases: temprana, media y tardía. Cualquier intervención durante estas fases debe tener como objetivo influir positivamente en lo que sucede a nivel celular. Los componentes principales de los programas de rehabilitación incluyen:

1. Normalizar la marcha
2. RICE
3. Restaurar el movimiento completo y sin dolor, específicamente la articulación talocrural y subastragalina y los tejidos blandos asociados
4. Restaurar el déficit propioceptivo
5. Normalizar el control motor
6. Fuerza y acondicionamiento de los componentes musculares de soporte
7. Carga controlada y retorno a actividades de impacto
8. Ejercicios específicos del deporte
9. Entrenamiento pliométrico (cuando corresponda)
10. Abordar cualquier factor intrínseco o extrínseco que se considere relevante
11. Vuelta al juego (12).

En cuanto al ROM se sabe que la mayoría de las lesiones agudas de tejidos blandos son causadas por una combinación de inversión y flexión plantar y, como consecuencia, estos movimientos serán dolorosos y restringidos. En la mayoría de los casos, el ejercicio activo dentro de los límites del dolor generalmente son suficientes para restaurar gradualmente el rango completo de movimiento. La dorsiflexión es funcionalmente importante para la marcha y la mayoría de las actividades con soporte de peso y, cualquier restricción, suele provocar algún déficit funcional. La dorsiflexión suele estar limitada incluso después de cortos períodos de inmovilización (12).

La propiocepción se ha descrito como el procesamiento central de información sensorial periférica aferente, incluida la información proveniente de los sistemas somatosensorial, vestibular y visual. Puede definirse como la conciencia de la posición corporal que surge de esta entrada aferente combinada e incorpora la cinestesia, la sensación del movimiento articular y sentido de la posición de las articulaciones. Se ha demostrado que la propiocepción está comprometida después de una lesión en el tobillo y en deportistas con inestabilidad funcional del tobillo. Los programas de rehabilitación deben incorporar ejercicios que aborden estos déficits después de una lesión. Además, la evidencia sugiere que el entrenamiento propioceptivo puede mejorar la estabilidad mecánica rápidamente, reducir la incidencia de esguince de tobillo y reducir la recurrencia de lesiones. Esto se vuelve particularmente relevante después de un ELT, donde el riesgo de volver a lesionarse está entre el 3 y 34% (12).

La restauración de la fuerza muscular total es imperativa si se quiere recuperar la función completa. Se han demostrado déficits de fuerza tras una lesión y en sujetos con ICT. El entrenamiento de fuerza y acondicionamiento se puede llevar a cabo utilizando una amplia gama de equipos de resistencia, desde la resistencia manual y theraband hasta pesas libres, máquinas de pesas y dispositivos isocinéticos. Independientemente de lo que esté disponible, los principios de los tipos de contracción y progresión muscular son los mismos:

- Sin carga de peso (NWB) – con carga de peso parcial (PWB) – con carga total de peso (FWB) - Resistencia adicional
- Doble pierna y progresar a una sola pierna
- Isométrica - concéntrica - excéntrica

Los grupos musculares que deben abordarse son gemelos, sóleo y eversores (12).

Se ha demostrado que las intervenciones kinésicas que incluyen ejercicios de equilibrio, propioceptivos y de fortalecimiento muscular son efectivos para disminuir los episodios de inestabilidad, mejorar el equilibrio y la función (12).

III.c.II Prevención

Algunos factores a considerar entre las estrategias de prevención son:

- Entrenamiento y calentamiento: El entrenamiento consiste en la repetición de sesiones de trabajo físico con el objetivo de generar desarrollo muscular para lograr una mayor estabilidad en las articulaciones y una mayor resistencia a los traumatismos directos. El calentamiento implica ejercitar los músculos de forma relajada durante unos minutos previos a un esfuerzo intenso. El calentamiento activo mediante el ejercicio prepara a los músculos para un trabajo intenso de manera eficaz (13).

- Control postural y propiocepción: existe una relación directa entre los déficits propioceptivos y las lesiones recurrentes de tobillo, lo que justifica la puesta en marcha de un programa donde se combinan ejercicios específicos de reeducación propioceptiva y desarrollo del control postural que además de constituir un pilar fundamental de la terapéutica juegan un papel primordial en la prevención de lesiones y en el control de la inestabilidad crónica articular derivada del esguince (13).

- Fortalecimiento muscular: las alteraciones de las propiedades viscoelásticas de los ligamentos, cápsula y músculo-tendón constituyen uno de los principales factores en las lesiones articulares. El fortalecimiento de la musculatura del tobillo puede reducir el riesgo de recidiva lesional del sistema ligamentario de este complejo articular. Tras un esguince de tobillo, se deben incluir ejercicios en cadena cinética cerrada que reproduzcan, en la medida que sea posible, situaciones reales ante las que se tendrá que activar el sistema muscular de esta articulación (13).

- Ortesis y Vendaje funcional: El uso de estabilizadores contribuye a reducir la frecuencia de esguinces de tobillo. Las tobilleras y las ortesis ayudan a controlar y limitar la movilidad de tobillo cuando existe inestabilidad y laxitud ligamentaria (13).

III.d Inestabilidad Crónica De Tobillo (ICT)

El ELT es la lesión musculoesquelética más común y contribuye a consecuencias a largo plazo después de un esguince inicial. Hasta un 40% de deportistas con ELT desarrollan una afección conocida como ICT. La ICT se caracteriza por antecedentes de un ELT significativo, esguinces recurrentes posteriores, episodios de déficits autoinformados en la función del tobillo durante más de un año después del esguince inicial (14).

Muchos individuos tienen dolor continuo, flacidez y sensación de inestabilidad en el tobillo y esto conduce a una discapacidad persistente, la cual es un rasgo característico de ICT. Dentro de las teorías para el desarrollo de ICT, existe una hipótesis que rodea generalmente a la cultura, que hace referencia a que un ELT es una lesión inocua, por lo tanto, muchas personas no buscan atención inicial de ningún tipo, prefiriendo un enfoque que se basa en la aplicación de hielo, antiinflamatorios y un breve período de reposo. Se ha informado que más de la mitad de los deportistas que sufrieron un esguince de tobillo no recibieron ningún tipo de atención profesional (14).

Por otro lado, el estándar de atención administrado para ELT puede ser demasiado pasivo o demasiado agresivo. El tratamiento en muchos lugares de rehabilitación se limita al control de los síntomas inflamatorios agudos y a la restauración de la amplitud de movimiento de las articulaciones, dejando de lado los patrones sensoriomotores y neuromusculares anormales que se observan en personas con ICT (14).

III.d.I Cumberland Ankle Instability Tool (CAIT)

Los instrumentos de resultados autoinformados se han convertido en una herramienta importante para la práctica clínica y la investigación. Hiller et al. (15) desarrolló la herramienta de inestabilidad del tobillo Cumberland. El Cumberland Ankle Instability Tool (CAIT) es un instrumento válido para determinar la presencia de ICT y evaluar su gravedad. Es un cuestionario discriminativo que puede identificar pacientes con ICT y medir la gravedad de la inestabilidad funcional del tobillo. Es un instrumento válido y confiable que se emplea ampliamente (ver anexo 3), en el cual el paciente debe responder 9 ítems establecidos para evaluar los aspectos de la ICT, los cuales analizan el grado de dificultad para realizar diferentes actividades físicas del tobillo afectado. La

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

puntuación total de los 9 ítems oscila entre 0 (inestabilidad severa) y 30 (estabilidad normal). Si la persona que lo realiza obtiene un puntaje ≤ 27 esto nos indicará que padece ICT. Es una herramienta que permite discriminar tobillos estables e inestables y clasificarlos según la gravedad de la inestabilidad (15).

III.e. Retorno Deportivo

III.e.I Aspectos psicosociales de la rehabilitación en el deporte

Las lesiones son una consecuencia inherente de la participación en el deporte. Las lesiones deportivas no solo afectan el bienestar físico de los deportistas, sino también su autoconcepto, autoestima, compromisos y equilibrio emocional. Las lesiones deportivas pueden ser una fuente importante de estrés y los pacientes a menudo experimentan sentimientos de miedo, irritabilidad y ansiedad. Además, suelen sentirse aislados y distanciados de su equipo y su deporte (16).

Las lesiones se convierten en un nuevo factor estresante en la vida del deportista, lo que genera pensamientos, sentimientos y acciones que afectan los resultados de la rehabilitación. Las respuestas emocionales a una lesión incluyen alteraciones del estado de ánimo, como depresión, ansiedad, agotamiento y, en última instancia, miedo a volver a lesionarse (16).

El conocimiento de la respuesta psicosocial a las lesiones deportivas ayuda a los médicos y kinesiólogos a sentir empatía y ayudar a los deportistas a afrontar la situación de forma eficaz y a prevenir respuestas adversas a las lesiones que pueden alterar el proceso de curación y recuperación, teniendo en cuenta que dentro de las consecuencias negativas de la lesión se encuentra la ansiedad, el estrés y la depresión (16).

A menudo, la primera pregunta que suele hacerse un deportista después de una lesión es qué tiempo le llevará recuperarse. Hay una sensación de urgencia (necesidad, ansiedad) por volver a practicar deporte (17).

III.e.II Factores psico-sociales relacionados con el retorno deportivo

Los factores psicosociales juegan un papel importante en el proceso de recuperación de los deportistas lesionados. Esto provoca que, muchas veces, algunos deportistas logren alcanzar el nivel de función que tenían previo a la lesión, mientras que otros no pueden regresar al deporte. Entre estos factores, la angustia emocional

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

(síntomas de depresión y ansiedad) y diferentes estilos de afrontamiento desadaptativos (como pensamientos catastróficos sobre el dolor) se han descrito como fundamentales en su asociación con una disminución de la función física y un aumento del dolor. Estos factores se asocian con una recuperación prolongada y un mayor riesgo de volver a lesionarse (10).

Además de la angustia emocional y el afrontamiento, la evitación del miedo de los deportistas (un conjunto de miedos relacionados con el dolor o comportamientos de evitación del miedo en respuesta a una lesión deportiva) puede ser un importante predictor de recuperación (18).

Dos elementos claves de la respuesta psicológica negativa son la evitación del miedo y la falta de preparación psicológica para volver al deporte. Por lo tanto, identificar la prevalencia de estas respuestas desadaptativas en los deportistas puede ser útil para los médicos, entrenadores y fisioterapeutas para que estén conscientes de estas respuestas en el proceso de rehabilitación (19).

En la etapa de regreso al deporte, los jugadores lesionados generalmente se someten y pasan pruebas físicas, funcionales y específicas del deporte para ser identificados como listos para regresar al deporte. Sin embargo, garantizar que los jugadores estén preparados física y psicológicamente para regresar al deporte al final del proceso de rehabilitación es un paso importante. El déficit de confianza al final de la rehabilitación, puede influir en su preparación psicológica para volver al deporte y, en consecuencia, en su regreso al deporte (19).

El logro de los objetivos de rehabilitación y la perspectiva de recuperación pueden generar una serie de respuestas emocionales positivas a lo largo del curso de la rehabilitación. Estas respuestas están influenciadas por una amplia gama de factores personales (p. ej., identidad deportiva, experiencia previa con lesiones, gravedad de la lesión, tipo de lesión, estado actual de la lesión) y factores situacionales (p. ej., estrés, satisfacción con el apoyo social, momento de la lesión) (20).

Las emociones generalmente fluctúan en respuesta al progreso y/o retrocesos de la rehabilitación. Los estados emocionales suelen pasar de negativos a positivos a medida que los deportistas avanzan en su rehabilitación y se acerca el regreso a la competición. Las diferencias individuales en la respuesta emocional a lo largo del curso de la

rehabilitación son variadas, complejas y fluctúan con el progreso y los reveses de la rehabilitación (20).

Factores personales incluidos la tolerancia al dolor, automotivación, gravedad de la lesión percibida, autoeficacia y autoestima, se han asociado positivamente con la adherencia a la rehabilitación; mientras que los trastornos del estado de ánimo y miedo a volver a lesionarse están asociados negativamente (20).

Para todos los profesionales que atienden deportistas, el regreso al deporte (RAD) es una métrica importante vinculada a la satisfacción del paciente después de recibir tratamiento por una lesión relacionada con el deporte. Históricamente se ha definido mediante medidas cuantitativas que evalúan la fuerza, la función y el dolor, pero se ha prestado poca consideración a los factores psicológicos (21).

El RAD es altamente subjetivo (algunos deportistas lo definen como la reanudación de actividad física, mientras que otros son más estrictos y lo definen como el regreso al tipo, nivel y frecuencia de deporte previo a la lesión), y multifactorial: el tipo de lesión, la técnica quirúrgica (en el caso de ser necesaria una cirugía), la edad, el sexo y el tipo de deporte influyen (21).

El miedo a volver a lesionarse, o kinesiofobia, ha sido bien documentado como una barrera psicológica para el RAD. El proceso de rehabilitación debe estar dirigido a reducir este impacto negativo en la vida del jugador. El miedo disminuye con el tiempo después de la lesión y es posible que, en lugar de obstaculizar a los pacientes, pueda ser un motivador para lograr una función física aún mejor y aumentar la intensidad de su rehabilitación (17,21).

El miedo a perderse un partido importante muchas veces hace que el paciente busque tratamientos con evidencia mínima o nula que prometen ser soluciones rápidas. En este caso, el miedo a no volver al deporte lo suficientemente rápido puede llevar a opciones de tratamiento cuestionables. La búsqueda de soluciones rápidas generalmente no está respaldada por lo que se sabe sobre la curación de los tejidos, por muy frecuente que sean utilizadas en la medicina deportiva. La ironía es que la urgencia por encontrar soluciones rápidas podría provocar un retraso en la recuperación al ignorar inicialmente los tratamientos basados en la evidencia, respetando los tiempos de cicatrización del cuerpo (17).

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

Para los deportistas, la mayor preocupación es el miedo a sufrir una nueva lesión o una recidiva, dolor y síntomas debilitantes de por vida, y el riesgo de no poder regresar al deporte anterior y rendir al mismo (o mejor) nivel que antes de la lesión. Las lesiones tienen un gran impacto en muchos aspectos de sus vidas. Es necesario enfatizar en la capacidad de curación del tejido lesionado y los plazos realistas para la recuperación. El deportista necesita obtener la mayor información posible sobre su lesión, la elección de tratamiento y lo que se requiere para la recuperación. Si decide regresar al deporte, se debe reducir el miedo a volver a lesionarse porque el miedo en sí mismo puede aumentar el riesgo de volver a lesionarse y afectar la progresión de la rehabilitación, el resultado funcional y la capacidad de regresar al deporte (17).

Más allá de una alta motivación para volver a practicar deportes y una información adecuada, el miedo puede disminuir mediante una rehabilitación física adecuada y la recuperación del rendimiento funcional (17).

III.f Conductas de miedo-evitación

Las dos dinámicas psicológicas claves del malestar son la pérdida y la amenaza, los cuales son impulsores psicológicos del desafío de rehabilitación. La pérdida refleja un cambio en el estilo de vida impuesto por la lesión, aquello que el deportista solía hacer, pero no puede mientras se recupera. La amenaza se relaciona con la incertidumbre del futuro. En el caso de una lesión, la recuperación no es completa hasta que el deportista esté psicológicamente preparado para volver a jugar. Así como los deportistas deben progresar a través de un proceso de curación física, también deben abordar las consecuencias psicológicas de las lesiones y los desafíos de la rehabilitación (20).

El miedo y el riesgo de lesiones son parte integral del deporte. Si el miedo a volver a lesionarse persiste cuando los deportistas regresan al deporte, estos pueden experimentar evasión, bajo rendimiento o protección muscular (es decir, aparatos ortopédicos o entablillados que aíslan o disminuyen la movilidad de la parte del cuerpo lesionada), lo cual puede aumentar el riesgo de sufrir una nueva lesión (20).

El “modelo de evitación del miedo” describe cómo es la reacción de una persona al dolor y cómo las consiguientes conductas de evitación en respuesta al dolor pueden conducir a una disfunción. Un deportista que evita el miedo en respuesta a una lesión puede exhibir comportamientos que afecten negativamente su recuperación (19).

El miedo puede volverse irracional, influyendo negativamente en el deportista en todas las perspectivas de la vida e impidiéndole volver a practicar deporte. Por otro lado, haber sufrido una lesión es uno de los principales factores de riesgo para tener una recidiva, por lo que tener miedo de volver a lesionarse no es irracional. El tipo de lesión (aguda o crónica/por uso excesivo), el conocimiento y la experiencia de la lesión y la urgencia percibida de regresar al deporte influyen en la respuesta de los deportistas a la lesión (17).

El modelo de evitación del miedo se propuso originalmente para explicar cómo la percepción exagerada del dolor era consecuencia de un mayor miedo al dolor y de la evitación de actividades sociales y físicas. Luego, el modelo se actualizó para sugerir que el dolor puede conducir a pensamientos catastróficos, con el consiguiente aumento del miedo y el desuso físico que contribuyen a la discapacidad y el malestar psicológico (22).

El afrontamiento orientado al enfoque se refiere a esfuerzos concentrados para manejar una situación estresante (p. ej., establecimiento de objetivos, planificación y reinterpretación positiva), mientras que el afrontamiento orientado a la evitación se ocupa de actividades o cambios cognitivos para evitar la situación a través de la distracción (p. ej., alejarse de la situación) (22).

El afrontamiento por evitación ha sido una estrategia de afrontamiento utilizada habitualmente por los deportistas para afrontar el estrés agudo durante la participación deportiva, así como para afrontar el estrés durante las primeras etapas de retirada del deporte. Aunque el afrontamiento de evitación puede ser adaptativo a corto plazo, se ha sugerido que es desadaptativo a largo plazo y se asocia con una serie de resultados psicológicos y fisiológicos negativos. Se considera que las estrategias de evitación pueden inhibir la rehabilitación de lesiones (22).

IV. JUSTIFICACIÓN

La existencia de lesiones previas es uno de los factores de riesgo más importantes en la prevención de la aparición de las mismas. Las lesiones recurrentes del mismo tipo y localización pueden facilitar la aparición de lesiones crónicas por lo que es necesario realizar un proceso completo durante la readaptación a la competición para evitar cualquier recidiva. En esta etapa cumple un papel fundamental el kinesiólogo.

Es frecuente que muchos jugadores vuelvan o intenten volver demasiado rápido a la competición después de haber sufrido una lesión, hecho que puede llevar a un empeoramiento de la misma y a un mayor período de recuperación. Por otro lado, existen jugadores que no quieren volver al campo de juego tras recibir el alta por miedo a sufrir una recidiva durante la práctica deportiva.

Este trabajo de campo busca indagar sobre las sensaciones y emociones presentes en cada jugador/a al momento de su retorno deportivo para así, desde el punto de vista kinésico, conocer cómo influyen las mismas e interpretar de qué manera se podría lograr un retorno al campo de juego con confianza y seguridad.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio es un trabajo de campo observacional, que fue realizado a través de un análisis cualitativo, del cual participaron jugadores de fútbol amateur, de ambos sexos, con un rango etario comprendido entre 22 y 36 años de edad, que pertenecían a “Hay Equipo” de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

V.a. Revisión Bibliográfica

Se realizó una revisión bibliográfica previa incluyendo palabras claves, por medio de los términos DeCS y MeSH. Se consultaron bases de datos de PubMed y Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Se analizaron artículos publicados en inglés y español en los últimos 16 años, con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: artículos que incluyan como población blanco a personas que hayan sufrido una lesión, artículos que incluyan información sobre las conductas psicosociales de las personas luego de sufrir una lesión o al momento del retorno deportivo.

Criterios de exclusión: artículos cuya población blanco sean adultos mayores e infantes.

Para la estrategia de búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves con sus respectivas combinaciones:

Palabra Clave	DeCS	MeSH	Término Libre
Tobillo	Tobillo	Ankle	
Esguince	Esguince y distensiones	Sprain and strains	Ankle Sprain
Conductas	Conductas relacionadas con la salud	HealthBehavior	
Miedo	Miedo	Fear	
Lesiones en deportes	Traumatismos en atletas	Athletic Injuries	
Evitación de actividades relacionadas al dolor	Kinesiofobia	Kinesiophobia	

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

Vuelta a las actividades recreativas	Volver al deporte	Return to sport	
Miedo relacionado con las lesiones			Injury-related fear
Inestabilidad articular	Inestabilidad de la articulación	Joint Instability	
Catastrofismo	Catastrofización	Catastrophización	
Evitación del miedo			fear avoidance
Modelo de evitación del miedo			fear avoidance model

V.a.I. Combinación de palabras claves y términos libres en español:

- (Catastrofización) AND (Traumatismos en atletas):
- En BVS: 17 resultados
- Artículos seleccionados: 1

V.a.II. Combinación de palabras claves y términos libres en inglés:

- (Injury-related fear) AND (Ankle). Se obtuvieron:
 - En pubmed: 12 resultados
 - Artículos seleccionados: 2
 - En BVS: 28 resultados
 - Artículos seleccionados: 2

- (Kinesiophobia) AND (Ankle Sprain). Se obtuvieron:
 - En Pubmed: 19 resultados
 - Artículos seleccionados: 2
 - En BVS: 15 resultados
 - Artículos seleccionados: 2

- (Health behavior) AND (injury-related) AND (return to sport). Se obtuvieron:
 - En Pubmed: 1 resultado
 - Artículos seleccionados: 0
 - En BVS: 32 resultados
 - Artículos seleccionados: 2

- (Kinesiophobia) AND (Athletic Injuries). Se obtuvieron:
 - En Pubmed: 39 resultados
 - Artículos seleccionados: 2
 - En BVS: 38 resultados
 - Artículos seleccionados: 2

- (Joint Instability) AND (fear) AND (Return to sport). Se obtuvieron:
 - En Pubmed: 13 resultados
 - Artículos seleccionados: 0
 - En BVS: 0 resultados

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

● (Athletic injuries) AND (Kinesiophobia) AND (Return to sport). Se obtuvieron:

- En Pubmed: 29 resultados

Artículos seleccionados: 1

- En BVS: 28 resultados

Artículos seleccionados: 1

● (Fear avoidance) AND (Sports). Se obtuvieron:

- En Pubmed: 434 resultados

Artículos seleccionados: 4

- En BVS: 85 resultados

Artículos seleccionados: 4

● (Fear avoidance model) AND (return to sports). Se obtuvieron:

- En Pubmed: 14 resultados

Artículos seleccionados: 1

- En BVS: 9

Artículos seleccionados: 1

● (Fear avoidance model) AND (sports). Se obtuvieron:

- En Pubmed: 120 resultados

Artículos seleccionados: 2

- En BVS: 26 resultados

Artículos seleccionados: 1

V.b TRABAJO DE CAMPO

En el mes de diciembre de 2023, se realizó un trabajo de campo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, previa entrega del consentimiento informado (ver anexo 1), mediante una entrevista semiestructurada (ver anexo 2) a jugadores y jugadoras de “Hay Equipo” pertenecientes a la categoría B de la liga “Altos del Paracao” de Paraná, Entre Ríos, para conocer si tenían o no presentes conductas de miedo – evitación y cómo influyeron las mismas a la hora de su retorno deportivo tras recibir el alta luego de sufrir un esguince de tobillo.

V.b.I Población Blanco

La población blanco del mismo estaba formada por jugadores y jugadoras de “Hay Equipo”, de la liga Altos del Paracao de Paraná, Entre Ríos.

V.b.II Muestra

La muestra estuvo representada por 3 jugadores de sexo masculino y 5 jugadoras de sexo femenino que pertenecían actualmente a “Hay Equipo”. Las entrevistas fueron realizadas en el mes de Diciembre 2023.

Criterios de Inclusión: Tener historia previa de esguince de tobillo sufrido durante el “Torneo Clausura” comprendido entre los meses de Agosto y Diciembre del año 2023. Pertenecer actualmente a “Hay Equipo” de la categoría B, de la liga “Altos del Paracao”, de Paraná, Entre Ríos.

Criterios de exclusión: Deportistas que no acepten participar en la entrevista y su posterior análisis de resultados.

V.b.III Variables

En el presente trabajo de investigación se presentaron como variables: edad, momento en que sufrió la lesión, grado de esguince de tobillo, sintomatología, dolor, rehabilitación kinésica realizada por cada jugador/a, emociones y sensaciones durante el proceso de rehabilitación, retorno deportivo, medidas preventivas, sensaciones y emociones al momento de volver al campo de juego, historial de esguinces previos, recidivas, evitación y síntomas residuales o limitaciones de cada jugador.

V.b.IV Diseño

En la presente investigación se realizó un trabajo de campo a través de una entrevista semiestructurada formulada con preguntas abiertas.

V.b.V Instrumento

Se utilizó como instrumento de recolección de datos una entrevista semiestructurada (ver anexo 2), la misma estuvo basada en preguntas de tipo abiertas. Se incluyeron en total 16 preguntas para indagar sobre las conductas presentes al momento del retorno deportivo de los jugadores y jugadoras tras recibir el alta, para conocer el tipo de rehabilitación que realizaron y si existía una relación entre las conductas de miedo-evitación y la aparición de recidivas y/o el desarrollo de inestabilidad crónica de tobillo.

Cada una de las preguntas permitía a los jugadores describir, desde su postura, sus sensaciones y emociones presentes durante el proceso de rehabilitación, al momento del retorno deportivo y posterior a haber logrado el mismo.

V.b.VI Procedimiento

La estrategia para la obtención de resultados se realizó por medio de un análisis de contenido. Los pasos que se realizaron fueron los siguientes:

1. Grabación de entrevistas a jugadores y jugadoras de “Hay Equipo”
2. Escucha de grabaciones de audio
3. Transcripción textual del contenido de cada entrevista
4. Análisis y redacción de resultados

VI. RESULTADOS

VI.a.I Revisión bibliográfica

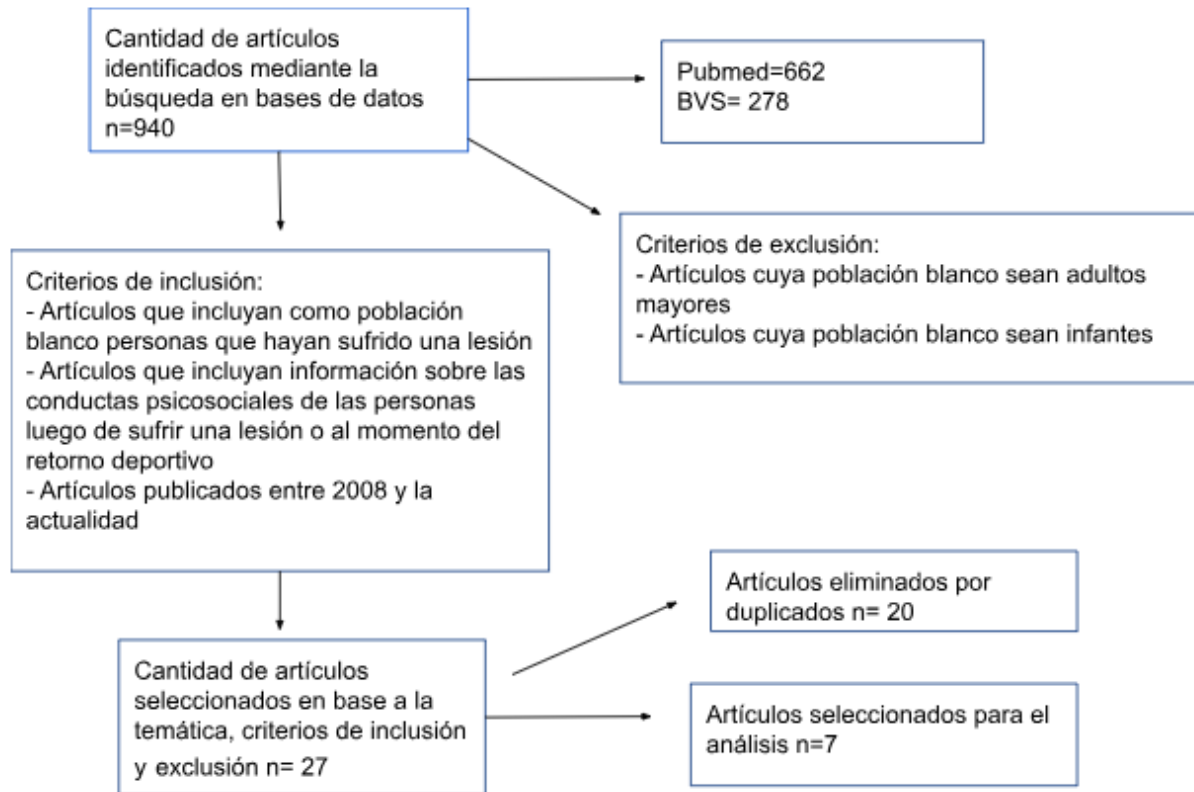


Gráfico 1: diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda

Título	College Athletes With Ankle Sprain History Exhibit Greater Fear-Avoidance Beliefs.
Autores	Houston, et al. (23)
Tipo de estudio	Observacional, transversal
Año de publicación	2018
Muestra	147 participantes, de los cuales: 75 tenían historial de un solo esguince de tobillo, 44 tenían antecedentes de esguinces de tobillo recurrentes y 28 controles sin antecedentes de esguince de tobillo.
Variables	- N° de lesiones - Miedo (FABQ)

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

Resultados y Conclusión	Atletas con antecedentes de recurrencia de esguinces de tobillo informaron mayores niveles de miedo en el cuestionario de creencias sobre la evitación del miedo (FABQ), en comparación con aquellos con antecedente único de esguince de tobillo y controles sanos.
Título	Perceived Instability, Pain, and Psychological Factors for Prediction of Function and Disability in Individuals With Chronic Ankle Instability.
Autores	Suttmiller, et al (24).
Tipo de estudio	Transversal
Año de publicación	2022
Muestra	126 participantes con antecedentes de esguince de tobillo que desarrollaron inestabilidad crónica de tobillo
Variables	- Inestabilidad - Dolor catastrófico - Miedo relacionado con las lesiones -Discapacidad global
Resultados y conclusión	La inestabilidad percibida, el dolor y el miedo relacionado con las lesiones son predictores de la función y discapacidad en individuos con inestabilidad crónica de tobillo, lo que respalda la noción de que la afección es multifactorial y que es importante que se consideren estas variables al tratar un individuo después de haber sufrido un esguince de tobillo.
Título	Fear of Reinjury in Athletes.
Autores	Hsu et al. (25)
Año de publicación	2017
Tipo de estudio	Revisión sistemática (estudios publicados entre 1990 y 2016).
Variables	-Miedo a volver a lesionarse -Impedimentos Físicos -Tasa de regreso a los deportes
Resultados y conclusión	El miedo a volver a lesionarse después de sufrir una lesión deportiva puede afectar negativamente la recuperación de las discapacidades físicas e impedir el regreso exitoso al deporte. La incorporación de práctica psicológicamente informada en la rehabilitación puede mejorar los resultados de la rehabilitación de los deportistas con gran miedo a volver a lesionarse.
Título	Fear Avoidance Beliefs in College Athletes with a History of Ankle Sprain.
Autores	Fukano et al. (26)
Tipo de estudio	Transversal
Año de publicación	2020
Muestra	115 atletas masculinos y 105 atletas femeninas
Variables	-Inestabilidad de tobillo - Miedo - Kinesiofobia

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

	- Laxitud de la articulación del tobillo
Resultados y conclusión	Los resultados demostraron que el miedo al movimiento/nueva lesión era menor en individuos sin inestabilidad funcional del tobillo y que el mismo estaba relacionado con la laxitud de la articulación de tobillo sólo en las deportistas de sexo femenino. La presencia o ausencia de inestabilidad podría estar asociada con el nivel de miedo al movimiento/ nueva lesión. La inestabilidad funcional contribuye al miedo al movimiento/nueva lesión.
Título	Fear Avoidance Following Musculoskeletal Injury in Male Adolescent Gaelic Footballers.
Autores	O’Keeffe, S; et al. (27).
Tipo de estudio	Estudio de cohorte prospectivo
Año de publicación	2019
Muestra	97 deportistas de sexo masculino que jugaban al fútbol
Variables	- Miedo - Evitación del miedo relacionado con la salud
Resultados y conclusiones	La evitación del miedo es evidente en los futbolistas y fue mayor en aquellos con puntuaciones de dolor más altas. Los hallazgos ponen en evidencia la necesidad de rehabilitación psicológica junto con la física en el manejo de un futbolista lesionado y su regreso exitoso al deporte. Esto puede reducir el período de tiempo perdido de la participación.
Título	What Is the Relationship of Fear Avoidance to Physical Function and Pain Intensity in Injured Athletes?
Autores	Fischerauer, et al (28).
Tipo de estudio	Transversal
Año de publicación	2018
Muestra	130 atletas lesionados
Variables	- Evitación del miedo relacionado con la salud - Dolor - Dolor catastrófico - Ansiedad - Depresión
Resultados y conclusión	En los atletas lesionados, la evitación del miedo se asocia de forma independiente con una disminución de la función física. Por otro lado, la evitación del miedo de los atletas no se asoció con el dolor. Tanto el nivel de evitación del miedo, como el pensamiento catastrófico sobre el dolor de un atleta deben tenerse en cuenta en el proceso de rehabilitación destinado a la recuperación y su vuelta al deporte.

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

Título	A review of return to sports concerns following injury rehabilitation: practitioner strategies for enhancing recovery outcomes.
Autores	Podlog, et al. (29)
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Año de publicación	2011
Variables	- Preocupaciones psicosociales en atletas que regresan al deporte
Resultados y conclusiones	Se encontró que las aprehensiones más destacadas en los atletas que regresaban al deporte después de una lesión incluían: ansiedades asociadas con una nueva lesión, preocupaciones sobre la incapacidad de desempeñarse según los estándares previos a la lesión, sentimientos de aislamiento y apoyo social insuficiente. Presiones para volver al deporte y preocupaciones de presentación personal ante la posibilidad de parecer no apto o carente de habilidades en relación con los competidores.

VI.b Resultados del trabajo de Campo

VI.b.I Análisis de las entrevistas

A continuación, se detallan los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los jugadores y jugadoras de “Hay equipo” de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

A partir de los datos recolectados en la entrevista se elaboró un análisis, el cuál fue representado en cuadros, gráficos de tablas y circulares. En el mismo se tuvieron en cuenta las siguientes variables: momento en que sufrió la lesión, grado de esguince de tobillo, sintomatología, dolor, rehabilitación kinésica realizada por cada jugador/a, emociones y sensaciones durante el proceso de rehabilitación, retorno deportivo, medidas preventivas, sensaciones y emociones al momento de volver al campo de juego, historial de esguinces previos, recidivas, evitación y síntomas o limitaciones residuales en la actualidad.

VI.b.I.I EDAD

Los 8 jugadores que conforman la muestra tienen un promedio de edad de 28 años. La misma oscila entre 22 y 36 años.

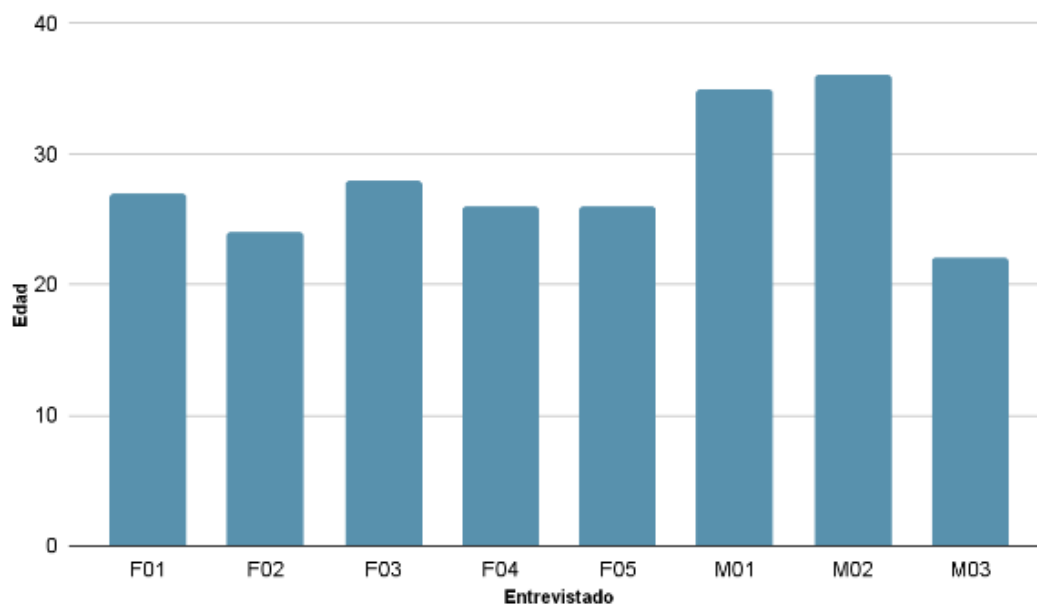


Gráfico N°1: Edad de los entrevistados

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

VI.b.I.II MOMENTO EN QUE SUFRIÓ LA LESIÓN

En lo que respecta al momento en el que los jugadores sufrieron la lesión, se solicitó que respondan, en primer lugar, si la lesión había ocurrido durante un amistoso o un partido oficial del torneo, y, en segundo lugar, si la misma fue producto del contacto con un jugador del equipo rival o de irregularidades del terreno (ver gráficos N°2 y N°3).

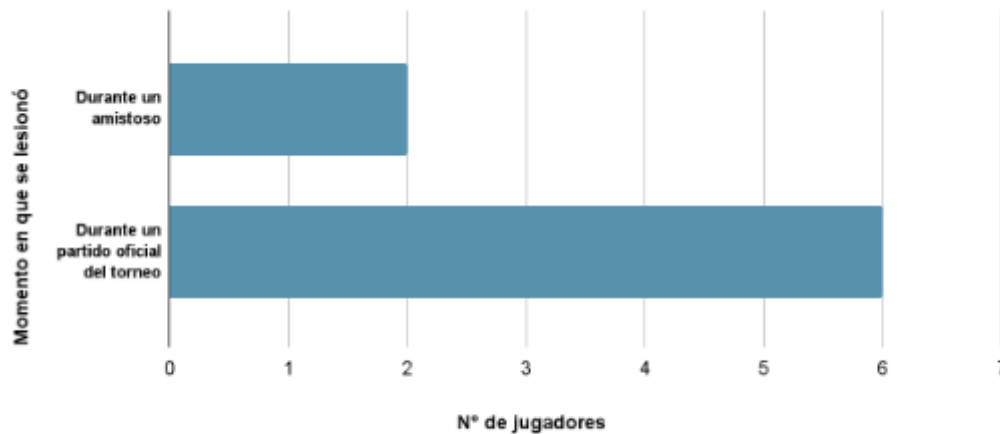


Gráfico N°2: Momento en el que sufrió la lesión

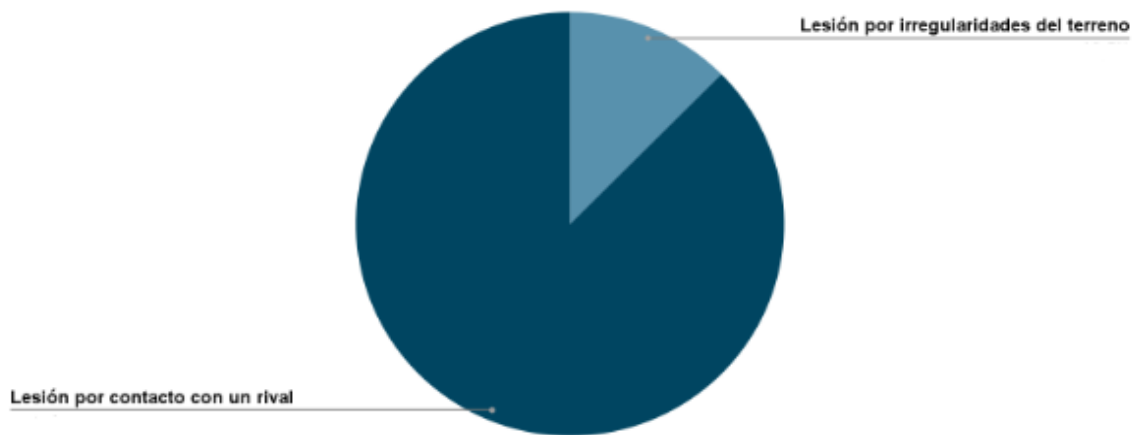


Gráfico N°3: Tipo de lesión

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

VI.b.I.III GRADO DE ESGUINCE DE TOBILLO

Con respecto al grado de esguince de tobillo se pudo evidenciar que cinco jugadores tuvieron esguince de tobillo de grado 2, siendo éste el grado más frecuente. Dos jugadores tuvieron esguince de tobillo de grado 3, y sólo un jugador sufrió esguince de grado 1 (ver gráfico N° 4).

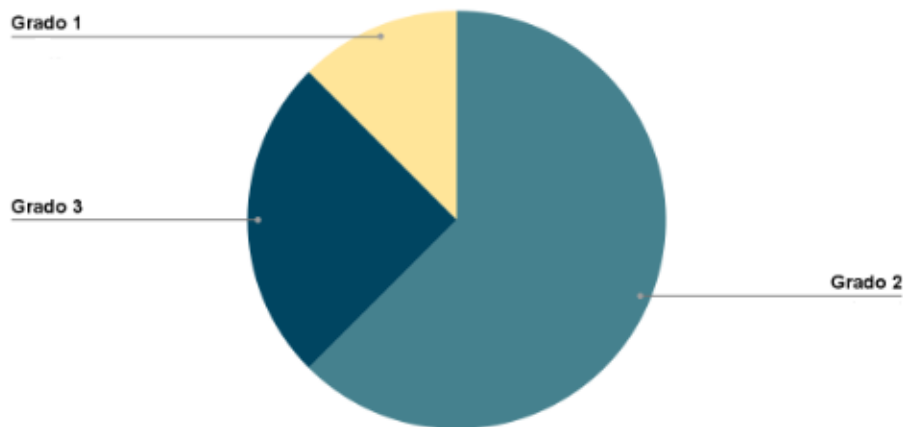


Gráfico N°4: Grado de esguince de tobillo

VI.b.I.IV ESGUINCES PREVIOS

En cuanto al historial de esguinces previos de cada jugador, se indagó sobre si tenían o no antecedentes de ELT (ver gráfico N°5).

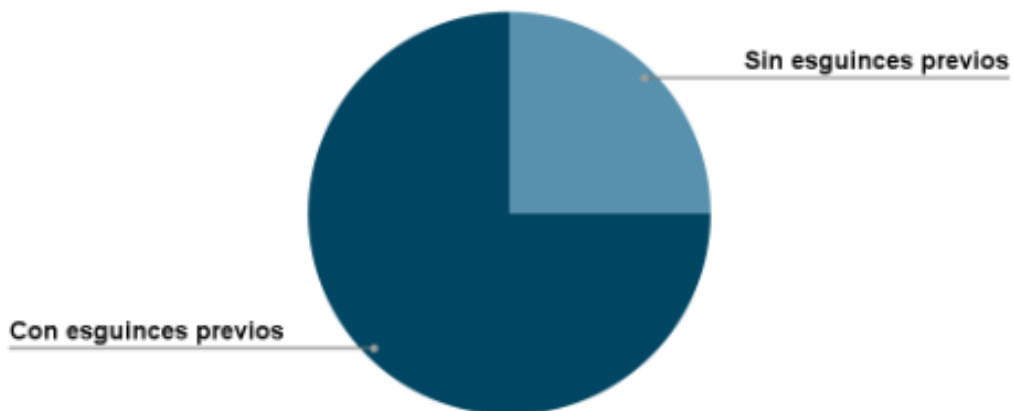


Gráfico N°5: Historial de esguinces previos de cada jugador

VI.b.I.V RECIDIVAS

En cuanto a si sufrieron o no recidivas luego de la vuelta al campo de juego, se les pidió que respondieran por sí o por no (ver gráfico N°6).

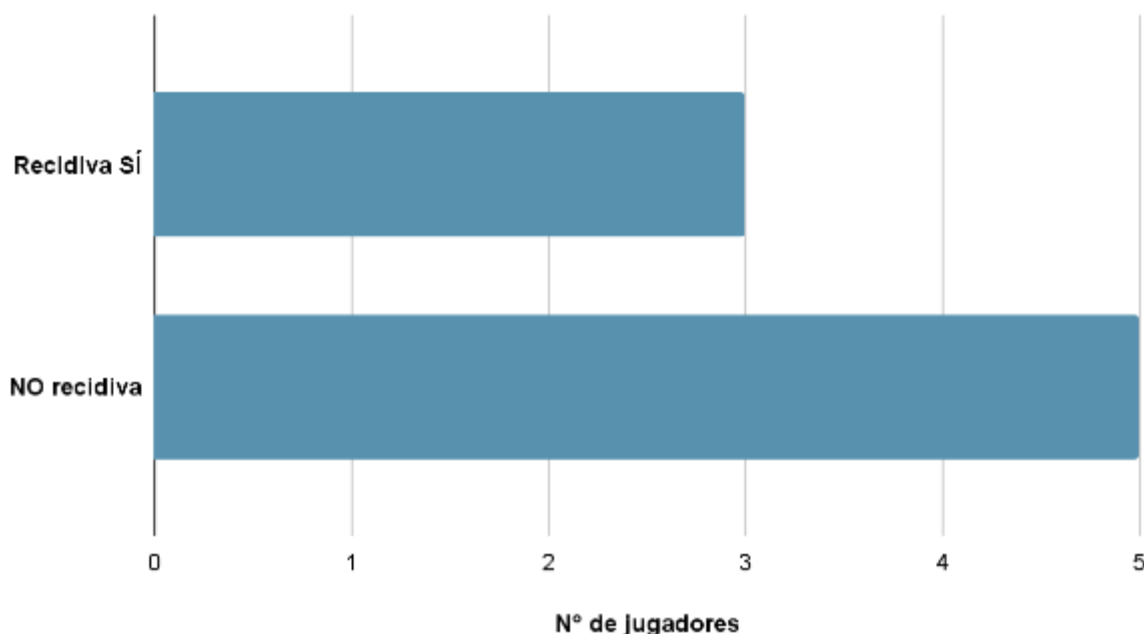


Gráfico N°6: recidivas luego de lograr la vuelta al campo de juego

Asimismo, se les preguntó a qué creían que se debía el haber sufrido o no una recidiva luego del esguince inicial, y los jugadores entrevistados que tuvieron recidivas dejaron en evidencia que esto se debía a los siguientes motivos (ver gráfico N°7).

- F01: “Sí, jugué 2 partidos después del primer esguince y en el tercero me volví a esguinzar. Fue en una jugada de contacto con mi rival, fui a trabar una pelota y como no fui firme porque tenía miedo me terminé doblando. Creo que esto fue en primer lugar porque no hice rehabilitación y también por el miedo que yo tenía de volver a lesionarme. E inevitablemente es como que el miedo te nubla y en vez de poner firme el pie en esas jugadas de contacto pasa todo lo contrario. Y además ya sabía que había hecho las cosas mal. Estaba al tanto de la importancia de ir al kinesiólogo, de lo que me podía pasar si no me recuperaba bien y eso también hizo que el miedo aumentara un poco”.

- M02: “Sí, el próximo partido que fui a jugar me doblé solo con un pozo. Y ahí volvieron la inflamación, el dolor y el hematoma. Para mí esto fue porque no hice una correcta rehabilitación, ni siquiera completé las sesiones que me indicó el traumatólogo. Y además

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

el miedo también influyó, aumentaba mi inseguridad, no me sentía firme ni siquiera para correr en la cancha, mucho menos para ir a disputar pelotas divididas”.

- M03: “Sí, en ese primer partido que volví a jugar me volví a doblar, pero ésta vez me doblé solo, fue por las irregularidades del terreno de juego. Se había hecho como un pozo y cuando metí el pie ahí me doblé. Y para mí esto se debió a que no fui al kinesiólogo a hacer rehabilitación como correspondía, subestimé a la lesión y no le di la importancia que correspondía”.

Mientras que, por otro lado, los 5 jugadores restantes que no sufrieron recidivas luego de volver al campo de juego manifestaron en su totalidad que se había debido, en gran medida, a haber realizado una correcta y completa rehabilitación kinésica, junto con el abordaje de las emociones en aquellos jugadores para los que esto significó un impedimento.

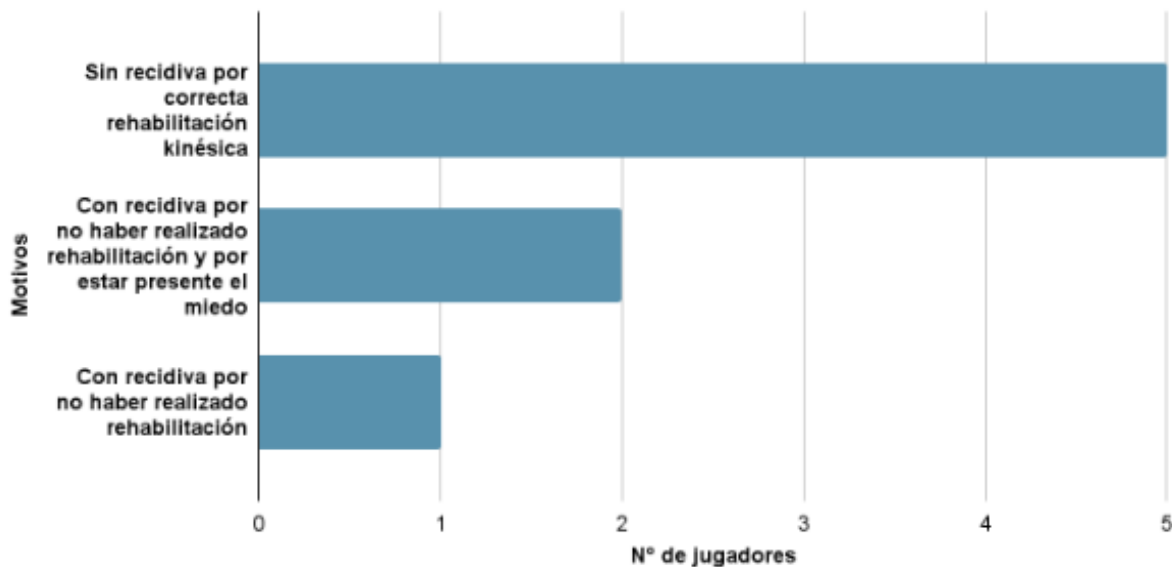


Gráfico N°7: Motivos por los cuales adjudicaban los jugadores que sufrieron o no recidivas

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

VI.b.I.VI Evaluación de la presencia de ICT

Para la valoración de la presencia o no de ICT, se utilizó el cuestionario autoadministrado CAIT, mediante el cual se registraron los siguientes datos (ver tabla N°1).

El total de los jugadores entrevistados completó el cuestionario y se registró que 3 jugadores estaban por debajo del valor de corte, que es ≤ 27 .

Jugador entrevistado	Puntaje obtenido
F01	25
F02	30
F03	29
F04	29
F05	30
M01	28
M02	23
M03	24

Tabla N°1: Indica el valor total obtenido por cada jugador en el cuestionario CAIT.

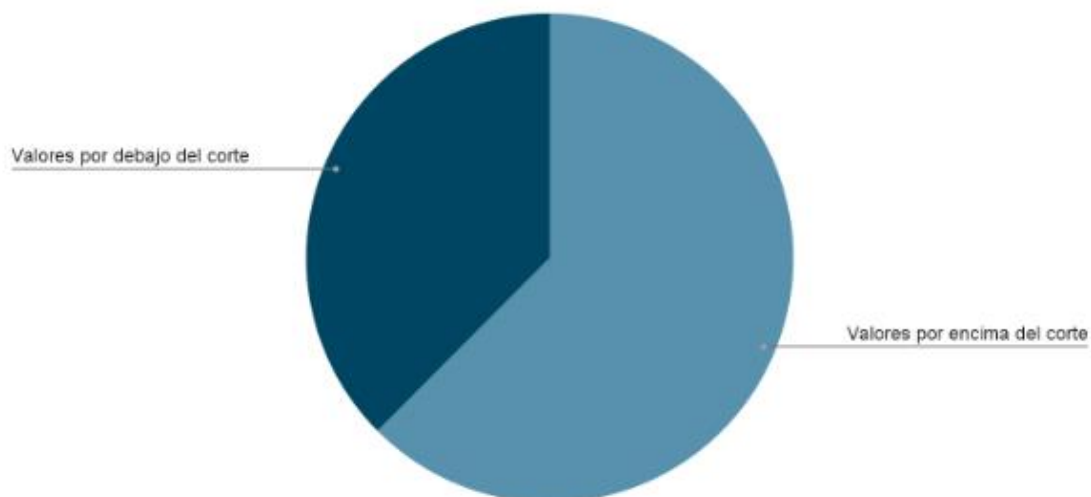


Gráfico N°8: Cuestionario CAIT. Indica que pacientes se encuentran por debajo y por encima del valor de corte

VI.b.I.VII SINTOMATOLOGÍA

Se indagó sobre la sintomatología que presentaron los jugadores tras sufrir un ELT, siendo sus respuestas las siguientes (ver gráfico N°9). Sólo dos jugadores manifestaron haber tenido imposibilidad para caminar, siendo sus respuestas las siguientes:

- M01: “Mucho dolor e inflamación, me salió un gran hematoma. No podía mover el tobillo ni tampoco caminar. Era imposible que pudiera afirmar el pie sobre el suelo e intentar cargar mi peso los días posteriores a la lesión, por lo que me indicaron usar bota”.

- F02: “Tuve bastante dolor, inflamación y un gran hematoma. No podía mover el tobillo ni caminar inmediatamente después de la lesión, por lo que usé bota durante 5 días”.

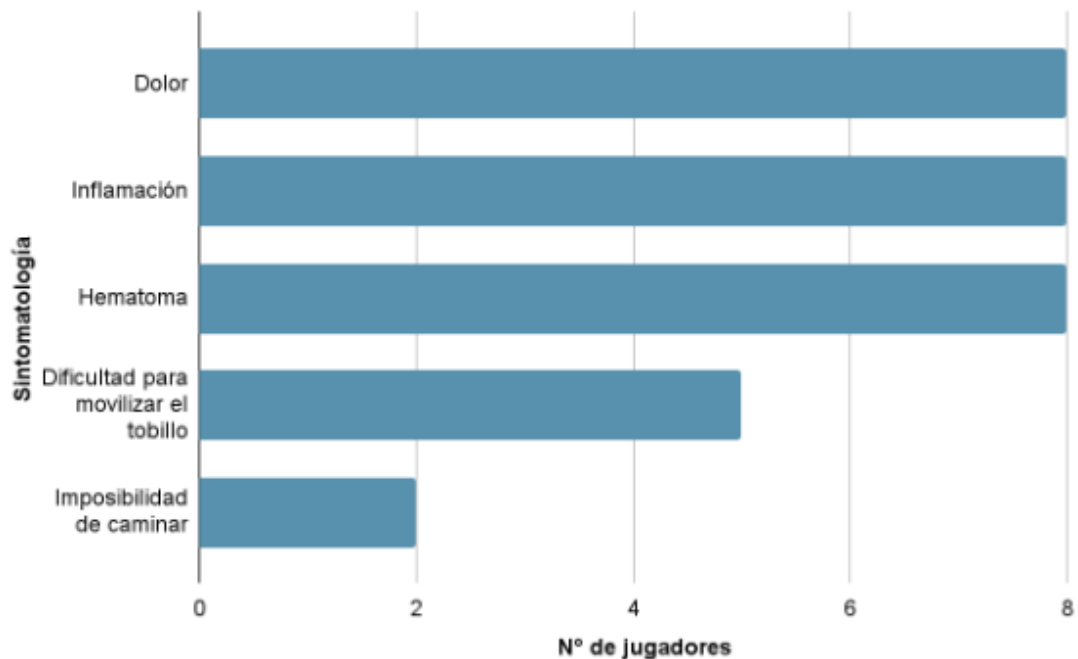


Gráfico N°9: Sintomatología de cada jugador

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

VI.b.I.VIII DOLOR

En cuanto al dolor, se les pidió a los jugadores que le pusieran una puntuación del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable, obteniéndose las siguientes respuestas (ver gráfico N° 10). Este puntaje en relación al dolor demostró correlación con el grado de esguince que sufrieron los jugadores, siendo menor en el jugador con esguince de grado 1 y mayor en aquellos que sufrieron esguince de grado 2 y 3, respectivamente.

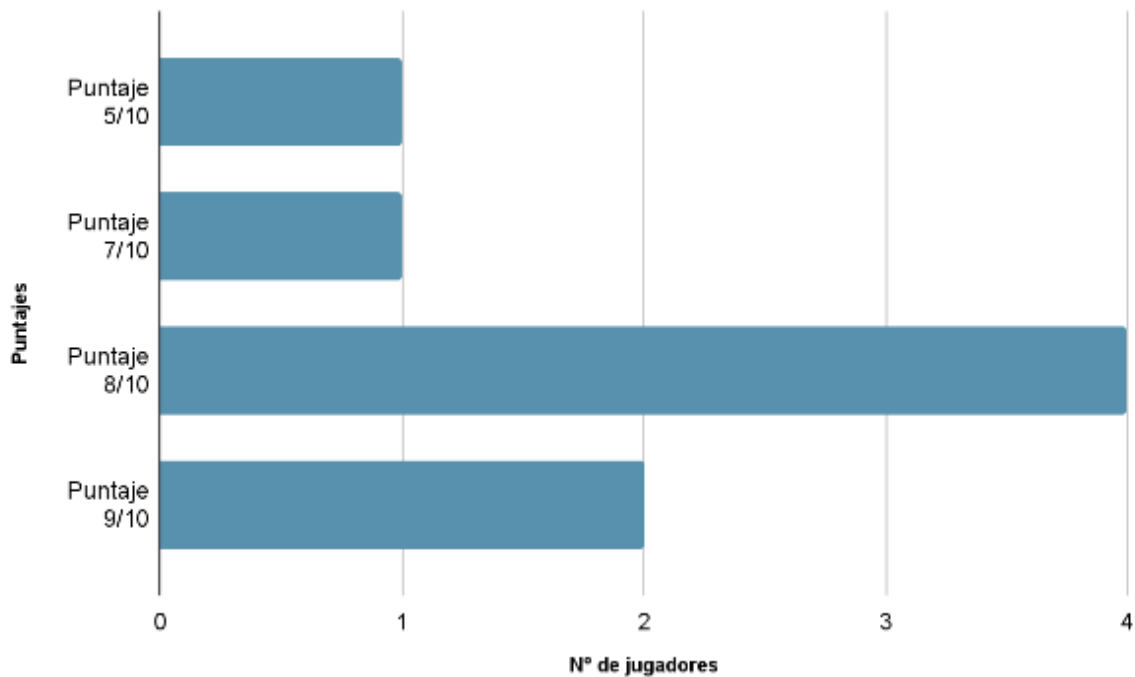


Gráfico N°10: Puntaje del dolor

VI.b.I.IX REHABILITACIÓN KINÉSICA REALIZADA POR CADA JUGADOR

Al indagar acerca de si habían realizado los jugadores rehabilitación kinésica (ver gráfico N°11). En cuanto en qué se basaba la rehabilitación realizada, se obtuvieron las siguientes respuestas (ver gráfico N°12).

Dentro de los jugadores que respondieron que no, sus motivos fueron los siguientes:

- F01: “No, no realicé rehabilitación. Porque ya he tenido esguinces en otros momentos, claramente más leves que este, y nunca fui a kinesiología por lo que pensé que me iba a poder recuperar sola también esta vez y no fue así. Tampoco sabía sobre la importancia de hacer rehabilitación después de sufrir un esguince de tobillo. Y, además, se me complica comprometerme con el tratamiento por cuestiones laborales. Así que lo único que hice fue ponerme hielo, tomar antiinflamatorios y hacer reposo durante una semana”.

- M03: “No hice rehabilitación por falta de tiempo ya que trabajo de corrido y en horarios rotativos lo que me dificulta organizarme para poder ir. Además, pensaba que no era importante ir a kinesiología, a pesar de que el traumatólogo me había mandado 10 sesiones, consideraba que la lesión no era tan grave. Tomé antiinflamatorios, me puse hielo e hice reposo durante una semana, pensaba que con eso ya iba a pasar”.

En cuanto a los jugadores restantes, los seis realizaron rehabilitación kinésica los días posteriores a sufrir la lesión. La totalidad de los mismos refirió que las sesiones se basaban en: fisioterapia (electroterapia y magnetoterapia), masajes, ejercicios de movilidad, ejercicios de fortalecimiento, propiocepción, elongación. Y posteriormente, eran agregados ejercicios de coordinación y entrenamiento de los gestos específicos del deporte que realizaban. Mientras que solo uno recibió un tratamiento distinto, menos abarcativo.

- F02: “Al principio sólo me ponían aparatos (electrodos y magneto) y me hacían masajes hasta que la inflamación y el dolor disminuyeron. Después hice trabajos de movilidad, fuerza, propiocepción y estiramientos. Y, más adelante, empecé a realizar trabajos de coordinación para entrenar los gestos específicos del fútbol (cambios de dirección, recepción de saltos, dar pases firmes, controlar la pelota). Después me mandaron a trotar, de a poco iba aumentando los minutos, para ir viendo como respondía el tobillo”.

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

- F03: “Me hacían masajes, me ponían electrodos y magneto, hacía ejercicios de movilidad y fortalecimiento. Siempre terminaba con estiramientos. Y después de algunas sesiones empecé con ejercicios de fortalecimiento, propiocepción, recepción de saltos, trabajo de equilibrio. Y, por último, trote y trabajos con pelota”.

- F04: “Masajes, aparatología (electrodos y magneto), ejercicios de movilidad de tobillo, estiramientos. Después progresamos a ejercicios de fuerza, propiocepción y gestos más exigentes y relacionados con el deporte como la recepción de saltos, equilibrio con desestabilización, ejercicios coordinación, ejercicios con pelota. Y por último, como tarea salir a trotar e ir aumentando de a poco los minutos”.

- F05: “Masajes, aparatos (magneto y electrodos), ejercicios de movilidad y fuerza del tobillo con resistencia con las manos del kine y con las bandas elásticas. Después ejercicios de propiocepción en tabla, bozu, trabajos de coordinación con y sin pelota de fútbol (dar pases, controlar la pelota). Más adelante trote, saltos, equilibrio con desestabilización. Y siempre terminaba las sesiones con estiramientos”.

- M01: “Al principio sólo era controlar el dolor y la inflamación con electrodos y magneto, y trabajar un poco la movilidad del tobillo. Una vez que el dolor fue disminuyendo fuimos agregando más cosas. Me hacían masajes, trabajos de movilidad, fuerza, propiocepción. Y mucho más adelante empezamos a hacer ejercicios un poco más complejos como equilibrio en dos y un solo pie con desestabilización, ejercicios de coordinación con la pelota de fútbol, recepción de saltos, trote. Todas las sesiones las terminábamos con estiramientos”.

- M02: “Me hacían masajes unos minutos, hacía ejercicios de movilidad, después ejercicios de fuerza con las manos del kinesiólogo como resistencia y con las bandas elásticas, y me ponían aparatos (magneto y electrodos). Nada más que eso, por lo que se me tornó bastante aburrida la rehabilitación y sólo fui 3 veces en esa semana y no seguí adelante con la rehabilitación”.

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

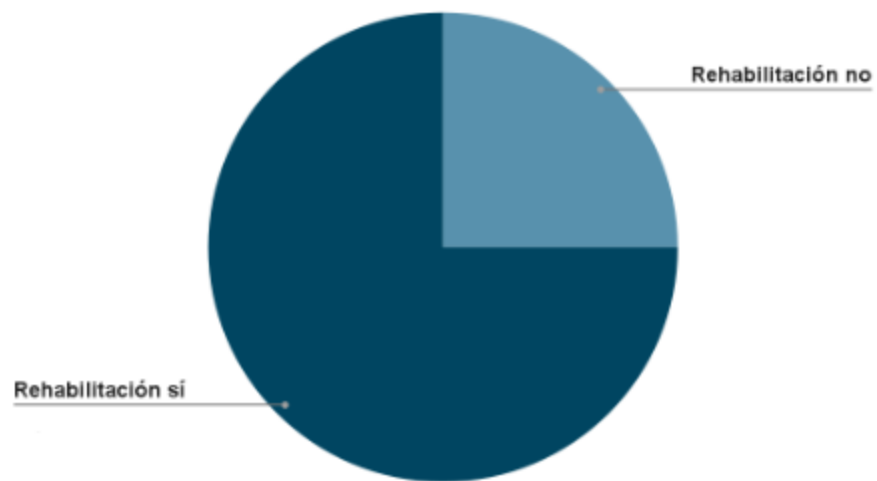


Gráfico N°11: Rehabilitación kinésica

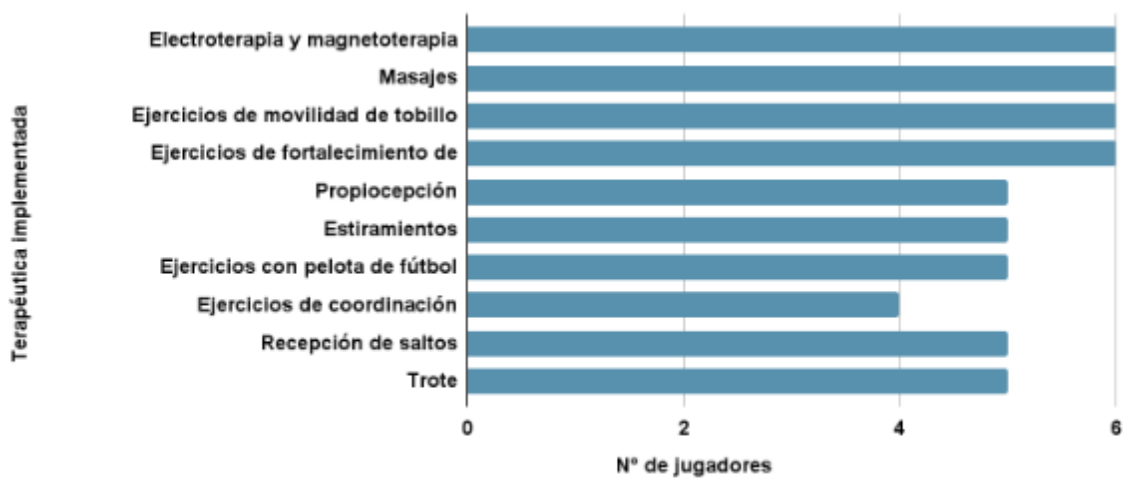


Gráfico N°12: Rehabilitación kinésica

VI.b.I.X EMOCIONES Y SENSACIONES DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

De los 6 jugadores que realizaron rehabilitación kinésica, se evidenció que la totalidad de ellos manifestó a la ansiedad como la emoción más presente durante el proceso de rehabilitación.

Con respecto a si sus emociones y sensaciones fueron contempladas durante el mismo, se les pidió que respondieran por sí o por no (ver gráfico N°13).

- F02: “No, nunca. Yo sentía mucha ansiedad por volver, quería jugar cuánto antes, pero a la vez sabía que apurarme iba a ser retroceder en el tratamiento. Y cuando más cerca estaba de que me dieran el alta para volver a jugar, la emoción que más estaba presente era el miedo, miedo a volver y lesionarme de nuevo”.

- F03: “Sí, durante todo el proceso de rehabilitación mis kinesiólogos estuvieron al tanto de mis emociones. Al principio tenía ansiedad por recuperarme rápido y volver a jugar, después se me volvió un poco tediosa la rehabilitación porque no me sentía al 100%, la inflamación y el dolor volvían a aparecer cuando me exigía un poquito más. Y ya casi llegando al final de la rehabilitación fue cuando más sentí miedo, miedo de volver a jugar y lesionarme otra vez. Trabajé mucho con mis kinesiólogos sobre esto, me ayudaron a perder el miedo y confiar en mí y en mi tobillo. Me dieron muchos fundamentos de ellos, kinésicos, para que entendiera que la vuelta al campo de juego era segura y que mi tobillo estaba preparado para tolerarla”.

- F04: “Sí, más que nada la ansiedad que yo tenía por volver a jugar. Fue difícil luchar contra eso (ríe). Pero mi kinesiólogo me explicó con mucha paciencia que tenía que respetar los tiempos sino todo lo que había avanzado lo iba a echar a perder en un sólo partido e iba a seguir estando afuera de la cancha mucho más tiempo del que debería”.

- F05: “Sí, hablamos más que nada sobre la ansiedad que tenía por volver a jugar. Y el miedo de volver a doblarme sola cuando llegue el día que vuelva”.

- M01: “No, nunca charlamos sobre mis emociones durante la rehabilitación a pesar de que varias veces manifesté estar ansioso por volver a jugar”.

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

- M02: “No, nunca. Y eso que el primer día les dije ¿Cuándo puedo volver a jugar? Yo soy muy ansioso, quería recuperarme rápido, perderme la menor cantidad de partidos posibles, pero nunca le dieron importancia a eso. Sólo era un tobillo y nada más”.

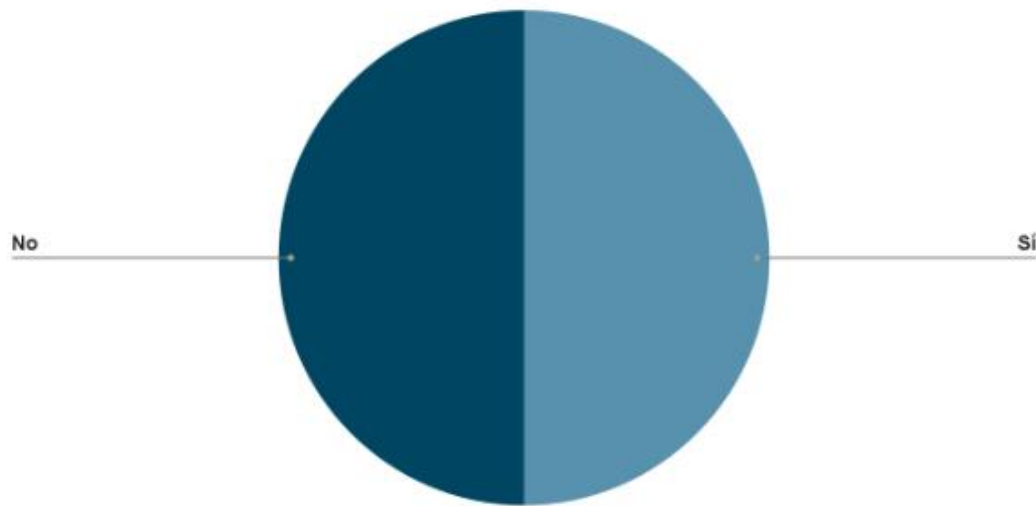


Gráfico N°13: Contemplación de emociones y sensaciones durante la rehabilitación

VI.b.I.XI RETORNO DEPORTIVO

En cuanto al momento del retorno deportivo de cada jugador se evidenció que dos de los entrevistados, quienes decidieron no realizar rehabilitación kinésica y sufrieron un ELT de grado 2, refirieron haber vuelto al campo de juego a la semana de ocurrida la lesión.

Dentro del resto de los entrevistados, los cuales sí realizaron rehabilitación, se evidenció que: la jugadora que sufrió un ELT de grado 1 refirió haber vuelto a las dos semanas. Por otro lado, dentro de los jugadores restantes que también sufrieron un ELT de grado 2, uno refirió haber vuelto al campo de juego a las 2 semanas, otro de ellos a las 3 semanas y, el restante a las 4 semanas. Y, por último, dentro de los dos entrevistados que sufrieron un ELT de grado 3, se evidenció que uno de ellos volvió a las 9 semanas y otro jugador a las 10 semanas.

Dentro de los motivos de cada uno en relación al tiempo que les llevó lograr el retorno, se evidenció lo siguiente:

- F01: “Hice reposo deportivo durante la semana y al sábado siguiente ya volví a jugar porque me sentía un poco mejor, y realmente quería jugarlo como sea (era un partido importante). Obvio que después de ese partido empeoré, el tobillo se me hinchó mucho y me dolía bastante”.

- F02: “Pasaron ocho semanas desde que me lesioné hasta que me dieron el alta para volver al campo de juego. Fue el propio tiempo que me demandó la lesión hasta que mi kinesiólogo consideró que ya estaba apta para volver, pero de todas maneras no lo hice en ese momento, lo postergué una semana más porque tenía miedo de volver a lesionarme. Volví nueve semanas después”.

- F03: “Desde que ocurrió la lesión hasta que volví al campo de juego pasaron cuatro semanas, fue por el mismo tiempo que me demandó la lesión y hacer la cantidad de sesiones que me pidió el traumatólogo”.

- F04: “Pasaron tres semanas, tendría que haber esperado una semana más, pero me anticipé. No aguantaba más las ganas de jugar. Obviamente jugué solo 15 minutos y salí. Pero necesitaba hacerlo. Al final me terminó ganando la ansiedad, pero salió bien porque no me empeoró nada el haberlo hecho antes de tiempo”.

- F05: “Desde que ocurrió la lesión hasta que me dieron el alta para volver a jugar pasaron dos semanas, fue por decisión propia más que nada, seguía haciendo kinesio todavía, me quedaban 2 sesiones para terminar el total que me había mandado el traumatólogo, pero me sentía tan bien que me dejaron jugar unos minutos antes de terminar con la rehabilitación”.

- M01: “Desde la lesión hasta que volví a jugar pasaron 10 semanas, fue más que nada por mí, por mis inseguridades y el miedo que me dejó ésta lesión, miedo a que me volviera a pasar. Yo tenía el alta kinésica para volver a la semana 8, pero tenía miedo. Es más, dudé de seguir jugando al fútbol durante este torneo”.

- M02: “Desde que ocurrió la lesión hasta que volví a jugar pasaron dos semanas, esto fue por decisión propia, esperé a que disminuya un poco el dolor y la inflamación y volví a jugar”.

- M03: “Desde que me lesioné hasta que volví a jugar sólo pasó una semana, fue por decisión propia, ya que se venía una seguidilla de partidos complicados y me ganó la ansiedad por querer estar ahí. Así que hice reposo durante la semana, me puse hielo, tomé antiinflamatorios y a medida que fueron pasando los días el dolor iba disminuyendo. Y el sábado volví a jugar”.

Luego de estas respuestas obtenidas, se indagó acerca de si los jugadores se sentían o no preparados para hacerlo o si hubieran preferido postergar su retorno tras recibir el alta kinésica. En base a esto se evidenció que: uno de los jugadores, que presentó un ELT de grado 2, no terminó las sesiones programadas por lo tanto no llegó al momento del alta kinésica. El jugador que sufrió un ELT de grado 1 junto con los dos jugadores que sufrieron un ELT de grado 2, dijeron que sí se sentían preparados para hacerlo y que no hubieran preferido postergarlo. Mientras que, por otro lado, dos de los jugadores entrevistados, quienes sufrieron un ELT de grado 3, refirieron no sentirse preparados, siendo sus respuestas las siguientes:

- F02: “No, no me sentía preparada por eso decidí postergarlo. El miedo a volver a lesionarme estaba muy presente. Lo charlé con mi kinesiólogo y eso me ayudó un montón. Me explicó el por qué y para qué de la terapéutica implementada, y me dio su opinión al respecto de mi situación por cómo me había visto durante el último tramo de la

rehabilitación. Entonces eso fue lo que cambió mi manera de pensar porque sabía que realmente había hecho las cosas bien, así que el fin de semana siguiente fui a jugar”.

- M01: “No, como dije anteriormente podría haber vuelto a la semana 8 pero lo postergué dos semanas más, porque el miedo era un impedimento para hacerlo”.

En relación a las respuestas brindadas por la jugadora F02, se indagó acerca de la barrera que representaba el miedo para ella, y si consideraba que si hubiese sido abordado antes ella podría haber logrado un retorno al momento en que le dieron el alta, sin necesidad de postergarlo. A lo que ella respondió:

- F02: “Y probablemente sí. Creo que fue lo único que me faltó, sentirme un poco más acompañada emocionalmente, que no sea sólo un tobillo. Además, creo que tampoco me ayudaba el deporte que hago, de contacto, justo me lesioné el pie que es fundamental en el fútbol. Era inevitable pensar que me iba a volver a pasar algo de la misma magnitud y perderme otra vez tantas semanas fuera de la cancha”.

En cuanto a las respuestas brindadas por el jugador entrevistado “M05”, se indagó acerca de qué fue lo que lo hizo cambiar de opinión al respecto de decidir dejar de jugar al fútbol luego de recuperarse de su lesión. Y su respuesta fue la siguiente:

- M01: “Mis compañeros y, sobre todo, mi kinesióloga. Cuando yo le planteo a ella que tenía mucho miedo y me sentía inseguro con respecto a volver a jugar, y que estaba evitando ir los sábados al torneo porque mis compañeros ya sabían que podía jugar, pero yo no quería hacerlo, ella se encargó de informarme sobre el tipo de rehabilitación que hice para el tipo de lesión que tuve. Me dijo que estaba listo para hacerlo, que era seguro, pero que el miedo era algo que no podía pasar desapercibido. Cuando mi kinesióloga se dio cuenta de cuál era la barrera que realmente me frenaba me sugirió ir a charlar con un psicólogo deportivo, con el cual trabajaban de manera interdisciplinaria en un club de fútbol de Paraná. Ella por su parte, se encargó de informarme al respecto de todo lo que hicimos durante la rehabilitación, por qué y para qué, lo cual me sirvió bastante para comprender que había sido una rehabilitación muy completa y que realmente la vuelta al campo de juego iba a ser segura, pero el problema era el miedo. Me nublabo y me hacía sentir que no era capaz de volver a jugar al fútbol. Entonces decidí ir con el psicólogo, lo vi dos veces, mientras trabajábamos a la par con mi kinesióloga. La semana siguiente fue

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

la primera prueba: fui a un amistoso. Me sentí muy bien, fue muy satisfactorio haber podido superar esta barrera que era el miedo para mí”.

VI.b.I.XII MEDIDAS PREVENTIVAS

En cuanto a las medidas preventivas indicadas por los distintos profesionales a cargo de la rehabilitación de cada jugador, se encontraban las siguientes (ver gráfico N°14).

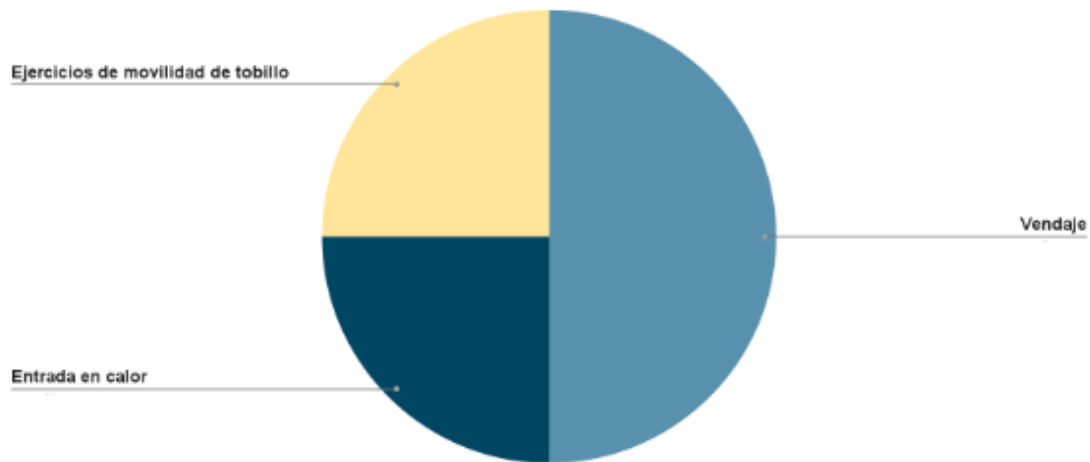


Gráfico N°14: Medidas preventivas

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

VI.b.I.XIII SENSACIONES Y EMOCIONES AL MOMENTO DE VOLVER AL CAMPO DE JUEGO

Al momento de volver al campo de juego, en cuánto a las emociones y sensaciones referidas por cada jugador se evidenció lo siguiente (ver gráfico N°15).

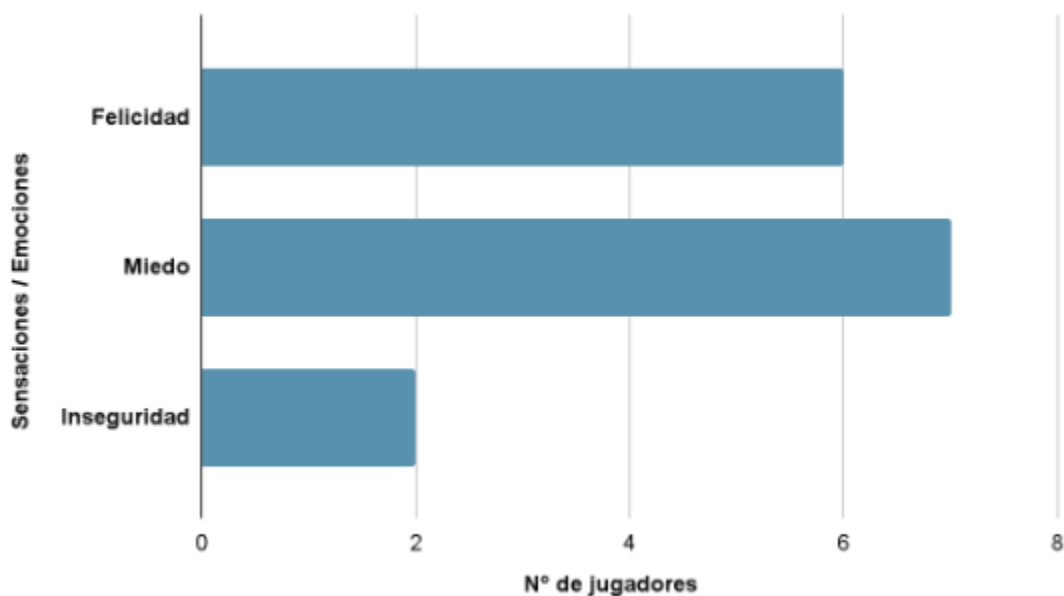


Gráfico N°15: Sensaciones y emociones al momento de volver al campo de juego

VI.b.I.XIV EVITACIÓN

En cuanto a la utilización de la evitación como recurso de afrontamiento, se evidenció lo siguiente (ver gráfico N°16).

Por otra parte, la totalidad de los jugadores que utilizaron este recurso de evitación manifestaron asociarlo a los siguientes motivos (ver gráfico N°17).

- F01: “Sí, al principio sentía que si no hacía actividad física no me iba a doler. Asociaba el reposo con una disminución del dolor o, mejor dicho, directamente con la ausencia del dolor. Y también con un menor riesgo de volver a lesionarme. Pero claramente mis planes nunca fueron dejar de hacer actividad física y mucho menos dejar de jugar al fútbol así que tarde o temprano ese pensamiento tenía que cambiar”.

- F02: “Sí, al principio esa era mi manera de pensar. Me limitaba mucho con la actividad física o los movimientos que hacía, por miedo. Pensaba que, si me mantenía realmente en reposo sin hacer actividad física, por más mínima que sea, me iba a doler menos”.

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

- F03 “Sí, creo que es como una manera de reaccionar que tenemos todos (o la mayoría) durante los primeros días posteriores a la lesión, el típico pensamiento de “si no me muevo no me duele”, o “si no vuelvo a jugar al fútbol no me voy a volver a lesionar”. Fue medio inevitable al principio, pero después cuando me empecé a exigir más y vi que realmente estaba bien esa manera de pensar cambió totalmente”.

- F04: “Sí, al principio sí. Pensaba que si no me movía no me iba a doler o al menos ese dolor que tenía no iba a aumentar”.

- M01: “Sí totalmente, por eso no quería volver a jugar o entrenar para que no me duela o me vuelva a lesionar”

- M02: “Sí, totalmente. Sentía que si no me exigía físicamente no me iba a doler. En cierto punto asociaba la quietud o el hecho de moverme lo justo y necesario con una disminución o ausencia del dolor”.

- M03: “Sí, totalmente. Sentía que si no me exigía físicamente no me dolía. Asociaba el hecho de estar quieto con una disminución del dolor o del riesgo de volver a lesionarme”.

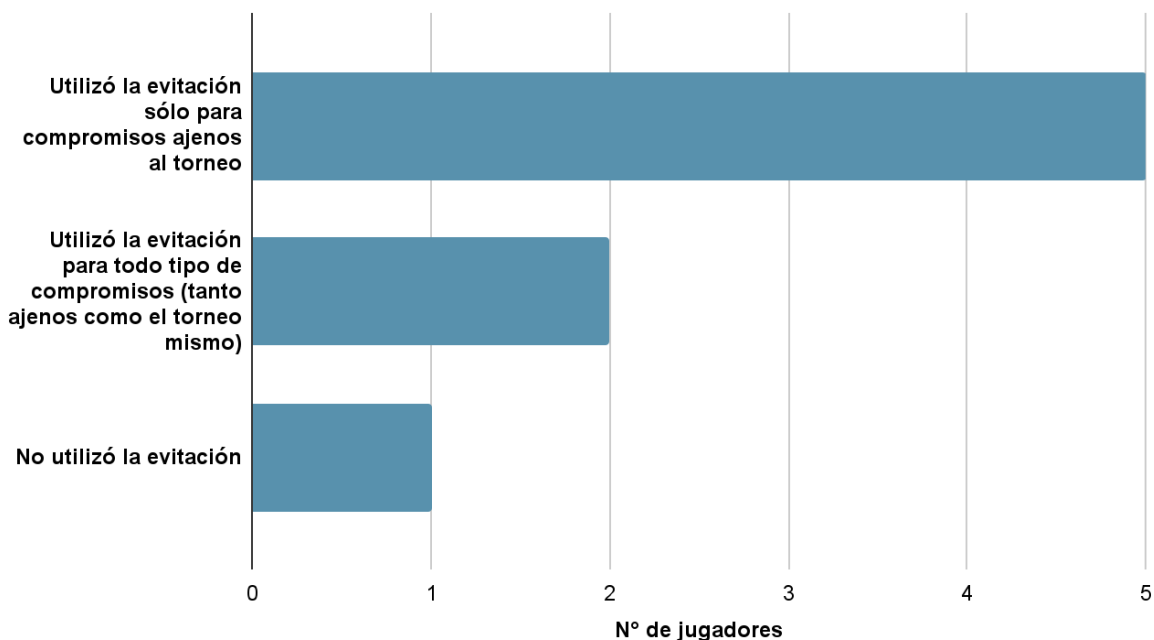


Gráfico N°16: utilización de la evitación como recurso

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

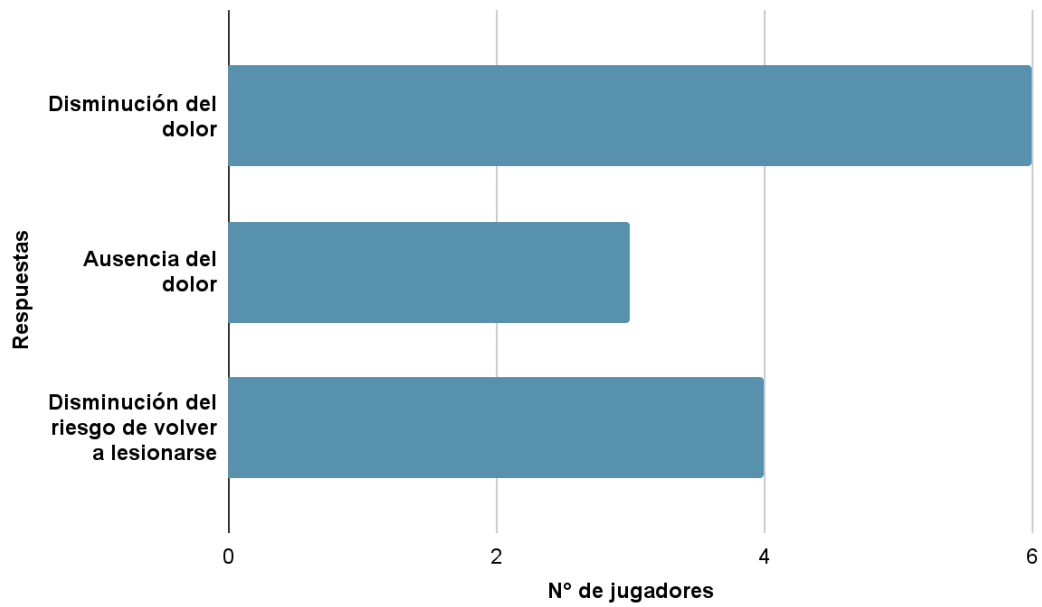


Gráfico N°17: relación entre la ausencia de movimiento y el dolor

VI.b.I.XV SÍNTOMAS RESIDUALES O LIMITACIONES DE CADA JUGADOR

Con respecto a este ítem, se pudo evidenciar si los jugadores entrevistados presentaban síntomas residuales o limitaciones en la actualidad (ver gráfico N°18).

F01: “Sí, tengo dolor a veces durante los partidos, pero generalmente lo siento más posterior a jugar, y también me siento insegura, siento que el tobillo se me va. Y ésta sensación aumenta si no me vendo antes de cada partido”.

M02: “Sí, me siento inseguro, como que mi tobillo no está firme como antes. Es una sensación de como si el tobillo se me va o que me puedo doblar con más facilidad. También dolor que aparece después de jugar partidos, o a veces, ante actividades menos exigentes como por ejemplo cuando voy al gimnasio”.

M03: “Sí, actualmente me siento inseguro, es como que siento que el tobillo se me va, no está firme. De hecho, si no me vendo de manera correcta antes de los partidos no quiero jugar, es lo único que minimiza un poco esa sensación. Y también dolor, en una puntuación menor que antes, pero persiste y más después de hacer actividad física”.

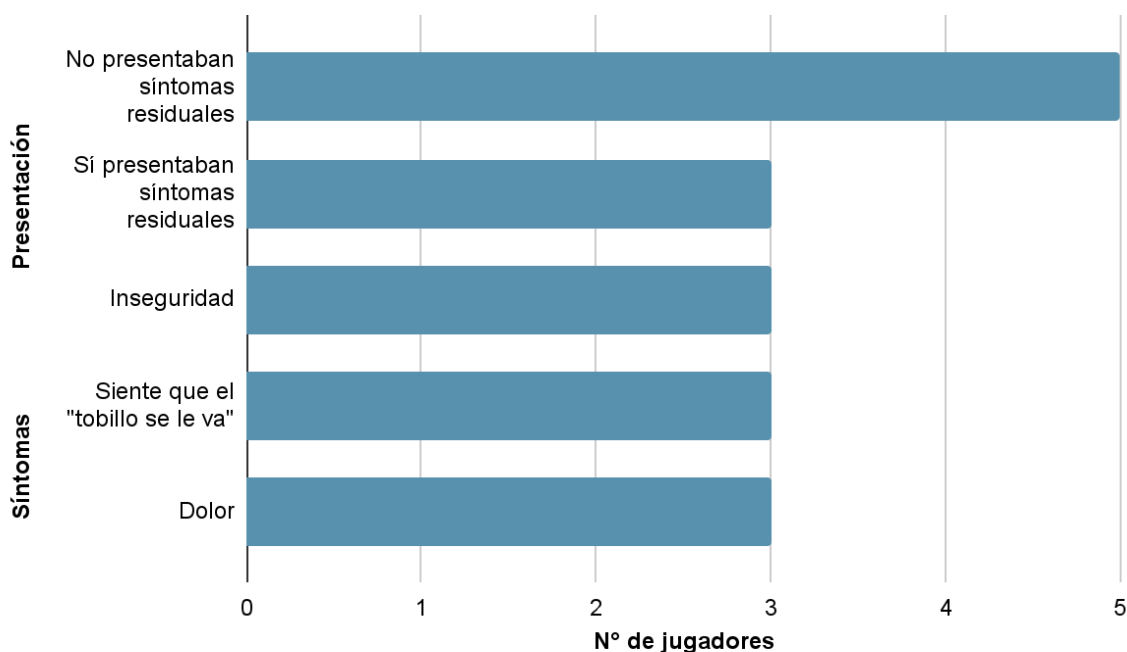


Gráfico N°18: Síntomas residuales o limitaciones en la actualidad

VII. Discusión

A través de la presente investigación, se propuso como objetivo analizar cómo influyen las conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de “Hay Equipo” pertenecientes a la categoría B de la liga de fútbol amateur “Altos del Paracao” de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

De acuerdo a los datos recolectados durante las entrevistas, en relación al momento en el que sufrieron la lesión, se vio reflejado que la mayoría de las mismas ocurrieron durante un partido del torneo y en situaciones de contacto con un jugador del equipo rival, siendo las lesiones sin contacto menos frecuentes de encontrar en este grupo de jugadores.

En cuanto al grado de esguince se pudo observar que el grado que más predominaba en los diagnósticos recibidos por los jugadores era el grado II, y que existía una alta correlación entre el grado de esguince y la puntuación del dolor, siendo ésta mayor en esguinces de grado III. La sintomatología reportada por cada jugador fue homogénea y también mostró correlación con el grado de esguince, estando presentes la imposibilidad de movilizar el tobillo, cargar peso y dar pasos durante pocos días posteriores a la lesión en jugadores con un grado de esguince mayor. Por otro lado, el grado de esguince también mostró una correlación con la cantidad de semanas que pasaron desde ocurrida la lesión hasta que volvieron al campo de juego, siendo este período mayor en jugadores con esguinces de grado III y menor en aquellos con esguinces de grado I y II, respectivamente. Este aspecto fue contradictorio en los jugadores que no realizaron rehabilitación kinésica, ya que independientemente del grado de esguince, optaron por un retorno precoz al campo de juego, refiriendo haberlo hecho a la semana de ocurrida la lesión, siendo este tiempo menor que el de la jugadora que sufrió un esguince de grado I.

En lo que respecta a la rehabilitación kinésica, en la actualidad, aún sigue habiendo deportistas que consideran irrelevantes los ELT y la realización posteriormente de rehabilitación, y sólo acuden a métodos más pasivos que incluyen antiinflamatorios, reposo y hielo, lo cual está demostrado por la evidencia que no es el tratamiento más exitoso para este tipo de patología. En contraste, los jugadores que sí realizaron

rehabilitación kinésica tuvieron mejores resultados en cuanto a las recidivas y las limitaciones o síntomas residuales posteriores a la lesión.

Durante el proceso de rehabilitación kinésica, muchos jugadores reportaron haber sentido ansiedad por volver a jugar. Varios resaltaron que sus emociones y sensaciones no fueron contempladas durante el proceso de rehabilitación y esto demostró ser una barrera a la hora del retorno deportivo, ya que se encontraron con emociones que les impedían lograrlo más allá de tener el alta deportiva.

Fukano et al; (26) mencionan que el nivel de miedo es generalmente alto después de una lesión y luego se reduce durante el proceso de rehabilitación. En este trabajo de campo, los resultados obtenidos fueron contradictorios ya que hubo dos participantes que, al hacer mención a este tema, refirieron que el nivel de miedo fue mayor al acercarse al momento de recibir el alta kinésica y volver al deporte.

Los esguinces de tobillo son una de las lesiones más frecuentes en el fútbol. Houston et al; (23), encontraron que los esguinces de tobillo en general pueden aumentar el miedo relacionado con las lesiones y que aquellos deportistas con antecedentes de esguinces recurrentes son aún más vulnerables. Esto predispone al desarrollo, en un futuro, de inestabilidad crónica de tobillo producto de sufrir esguinces repetitivos, ya que Fukano et al; (26) sostienen que el miedo a una nueva lesión mostró una correlación directa con la laxitud de la articulación del tobillo, lo que sugiere la contribución a la inestabilidad funcional y mecánica.

Houston et al; (23) sostienen que las percepciones psicológicas, como el miedo relacionado con las lesiones, son cada vez más reconocidas como un factor importante para la recuperación durante el proceso de rehabilitación. A su vez, afirman que existe una relación directa en los atletas con antecedentes de recurrencia de esguinces de tobillo y los niveles de miedo. En el caso de los entrevistados, se encuentra una relación directa en relación a este aspecto, ya que los jugadores que informaron tener historial de esguinces previos reportaron, al momento de recibir el alta kinésica, tener miedo, siendo sus respuestas las siguientes “mucho miedo”, en comparación con quienes no tenían historial previo los cuales manifestaron respuestas como “un poco de miedo”, o solamente “felicidad”.

Hsu et al; (25) sostienen que el miedo a volver a lesionarse después de sufrir una lesión deportiva puede impedir el regreso exitoso al deporte. Esto se vio reflejado en aquellos jugadores que resaltaron al miedo como la emoción más presente al momento del alta deportiva y lo señalaron como una barrera que los llevó a postergar el retorno al campo de juego.

O’Keeffe et al; (27) sostienen que la evitación del miedo es evidente en los futbolistas y es aún mayor en aquellos con puntuaciones de dolor más altas. Esto se relaciona con los resultados obtenidos en la entrevista, siendo el miedo el factor más presente en los jugadores entrevistados y la evitación un recurso muy utilizado por la mayoría, al menos durante los primeros días posteriores al alta. A su vez, sostiene la necesidad de rehabilitación psicológica junto con la rehabilitación física en el manejo de un futbolista lesionado para lograr un regreso exitoso al deporte lo cual también quedó en evidencia en este trabajo de campo, ya que uno de los jugadores que recibió el abordaje de las limitaciones físicas junto con las psicológicas, dado que estas últimas representaban una barrera para su vuelta al deporte, pudo lograr el retorno al campo de juego sin posteriores complicaciones.

El abordaje integral de la lesión, según O’Keeffe et al; (27) permitía acotar los tiempos de pérdida de participación en el deporte. Por su parte también, Fischerauer et al; (28) sostienen que la evitación del miedo es maleable y puede modificarse mediante intervenciones específicas destinadas a su control, y que, reconocerla sirve para detectar futuras barreras psicosociales para una rehabilitación exitosa, ya que al trabajar sobre esta conducta se optimizan los tiempos de recuperación de los deportistas. Este aspecto es visibilizado en este trabajo de campo a través de los resultados obtenidos en las entrevistas, donde se evidenció que aquellos jugadores que habían abordado durante el proceso de rehabilitación los factores psicoemocionales, ya sea con sus kinesiólogos o buscando ayuda con un especialista en psicología del deporte, reportaron tiempos menores de pérdida de participación, ajustando estos tiempos solamente al período de recuperación que les demandó la misma lesión. Mientras que aquellos que los abordaron al momento de su retorno, tuvieron tiempos mayores de ausencia deportiva, más allá de haber recibido el alta.

Houston et al; y Fischerauer et al; (23, 28) sostienen que el nivel de evitación del miedo relacionado con las lesiones debe tenerse en cuenta en las intervenciones clínicas

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

destinadas a ayudar a los atletas a mejorar la función y regresar al deporte. Esto permite concluir que dichos factores tienen relevancia durante el proceso de rehabilitación para lograr un correcto retorno deportivo de los jugadores, ya que, según Houston et al; (24) los jugadores que regresan al deporte pueden experimentar evasión, bajo rendimiento, y esto puede aumentar la probabilidad de sufrir lesiones.

Houston et al; (23) encontraron que al explorar las percepciones de los pacientes con esguince de tobillo descubrieron que, a pesar de la tranquilidad de los profesionales a cargo de la rehabilitación, los pacientes presentaban miedo y aprehensión al momento de recibir el alta. Esto demuestra correlación con los resultados obtenidos en este trabajo, ya que, diversos jugadores tras recibir el alta kinésica manifestaban tener miedo e inseguridad.

Suttmiller et al; (24) concluyen que la inestabilidad percibida, el dolor y el miedo relacionado con las lesiones influyen en la función y la discapacidad del tobillo en personas que desarrollan inestabilidad crónica de tobillo, lo que respalda la noción de que la afección es multifactorial y debe ser tratada como tal. Esto quedó en evidencia ante los jugadores entrevistados que desarrollaron inestabilidad crónica de tobillo, los cuales manifestaron que el miedo y la inestabilidad formaban parte de los motivos por los cuales habían desarrollado recidivas, lo que contribuyó a obtener puntajes más bajos en el cuestionario CAIT, lo cual deja en evidencia la presencia de ICT en ellos.

VIII. Conclusión

La revisión de la literatura en conjunto con el trabajo de campo realizado ha facilitado identificar al miedo como una de las principales conductas presentes en los jugadores a la hora del retorno deportivo, siendo este un factor importante que muchas veces no se contempla en el proceso de rehabilitación ni en el momento del alta deportiva. Si lo antes mencionado no es abordado, puede volverse un impedimento para que el jugador logre su retorno ya que el mismo se asocia a una recuperación más prolongada y un mayor riesgo de volver a lesionarse, volviéndose así una barrera psicológica para el retorno deportivo.

Si bien el miedo es una condición que se presenta con frecuencia en el momento del retorno deportivo, aquellos jugadores que realizaron una correcta rehabilitación kinésica, recibieron información al respecto de la misma y de su lesión y los que trabajaron sobre las emociones que se presentaban como una barrera para hacerlo, esto no fue un impedimento para que lograran volver al campo de juego, lo cual se vio reflejado en el número de jugadores que retornaron luego de recibir el alta.

Por otro lado, la evitación es un recurso de afrontamiento que es muy utilizado por los jugadores ante situaciones que representan un riesgo para ellos, y si no es abordado puede significar una barrera importante que, si se perpetúa en el tiempo, se asocia con la ausencia de la práctica deportiva ya que, inevitablemente, muchos jugadores la relacionan con una ausencia/disminución del dolor y del riesgo de volver a lesionarse. Esto pone en evidencia la importancia de abordar a la lesión desde el punto de vista físico como también emocional.

Las lesiones son una consecuencia inherente de la participación en el deporte y suelen afectar tanto el bienestar físico como el emocional de los deportistas. La evidencia sugiere que el miedo a volver a lesionarse después de sufrir una lesión deportiva puede afectar la recuperación de las capacidades físicas e impedir el regreso exitoso al deporte y que la incorporación de práctica psicológicamente informada puede mejorar los resultados de la rehabilitación en deportistas con gran miedo a volver a lesionarse.

Por lo tanto, el conocimiento de la respuesta psicosocial a las lesiones deportivas mediante la escucha terapéutica es una herramienta que ayuda a los kinesiólogos a ser más empáticos, contemplando tanto los objetivos del paciente como los propios, y así

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

ayudarlos a afrontar la situación de forma eficaz, previniendo respuestas adversas a las lesiones que puedan alterar el proceso de rehabilitación (ansiedad, estrés, depresión, miedo) y posteriormente el retorno al campo de juego.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bahr R, Maehlum S. Lesiones deportivas: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
2. Brotzman B. Rehabilitación ortopédica clínica: un enfoque basado en la evidencia. 3ra ed. España: Elsevier; 2012.
3. Hsu CJ, Meierbachtol A, George SZ, Chmielewski TL. Fear of Reinjury in Athletes: Implications for Rehabilitation. [PsychalTherapy]. 2017 [citado el 16 de mayo de 2022]. 162 – 167. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349388/pdf/10.1177_1941738116666813.pdf
4. Chara AE. Una mirada hacia la actualización en inestabilidad crónica de tobillo [revista AKD]. 2018 [acceso 1 de Agosto 2022]; Vol. 72: 4 – 19. Disponible en: <http://akd.org.ar/img/revistas/articulos/akd72-marzo2018.pdf>
5. Rommers N, Rossler R, Tassignon B, Verschueren J, De Ridder R, Van Melick N, et al. Most amateur football teams do not implement essential components of neuromuscular training to prevent anterior cruciate ligament injuries and lateral ankle sprains. Knee Surgery, Sports Traumatology Arthroscopy [Revista en internet]. 2022 [acceso 10 de febrero 2023] 30(4):1169-1179. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35190881/>
6. Kolokotsios S, Drousia G, Koukoulithras I, Plexousakis M. Ankle Injuries in Soccer Players: A Narrative Review. Cureus [revista en internet]. 2021 [acceso 10 de febrero 2023] 16;13(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34540455/>
7. Gulbrandsen M, Hartigan DE, Patel KA, Makovicka JL, Tummala SV, Chhabra A. Ten-Year Epidemiology of Ankle Injuries in Men's and Women's Collegiate Soccer Players. Journal of Athletic Training [Revista en internet]. 2019 [acceso 10 de febrero 2023] ;54(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31390272/>
8. McCann RS, Kosik KB, Terada M, Beard MQ, Buskirk GE, Gribble PA. ACUTE LATERAL ANKLE SPRAIN PREDICTION IN COLLEGIATE WOMEN'S SOCCER PLAYERS. International Journal of Sports Physical Therapy [Revista en Internet]. 2018 [acceso 10 de febrero 2023];13(1):12-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29484237/>
9. Halabchi F, Hassabi M. Acute ankle sprain in athletes: Clinical aspects and algorithmic approach. World Journal Orthopedics [Revista en Internet]. 2020 [acceso 10 de febrero 2023] 18;11(12):534-558. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33362991/>
10. Henry T, Evans K, Snodgrass SJ, Miller A, Callister R. Risk Factors for Noncontact Ankle Injuries in Amateur Male Soccer Players: A Prospective Cohort Study. Clinical Journal of Sport Medicine [Revista en Internet]. 2016 [acceso 14 de febrero 2023] ;26(3):251-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26331469/>

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

11. Rincón Cardozo DF, Camacho Gasas JA, Rincón Cardozo PA, Sauza Rodríguez N. Abordaje del esguince de tobillo para el médico general. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud [Revista en Internet] 2015 [acceso 18 de febrero 2023]; 47(1): 85-92. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000100011&lang=es
12. Hudson Z. Rehabilitation and return to play after foot and ankle injuries in athletes. Sports Medicine and Arthroscopy Review [Revista en Internet]. 2009 [acceso 22 de Mayo 2023] ;17(3):203-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19680118/>
13. Urrialde JA M, Núñez S P, Bar del Olmo A. Inestabilidad crónica de tobillo en deportistas. Prevención y actuación fisioterápica. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología [Revista en Internet]. 2006 [acceso 20 de marzo 2023]; 9(2):57–67. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-inestabilidad-cronica-tobillo-deportistas-prevencion-13097667>
14. Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM, Docherty CL, Fouchet F, Fong DT, et al. Evidence review for the 2016 International Ankle Consortium consensus statement on the prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. Br J Sports Med [Revista en Internet]. 2016 [acceso diciembre 2023];50(24):1496-1505. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27259753/>
15. Cruz-Díaz D, Hita-Contreras F, Lomas-Vega R, Osuna-Pérez MC, Martínez-Amat A. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Cumberland Ankle Instability Tool (CAIT): an instrument to assess unilateral chronic ankle instability. Clinical Rheumatology [Revista en Internet]. 2012 [acceso diciembre 2023]. 32(1):91-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23053687/>
16. Covassin T, Beidler E, Ostrowski J, Wallace J. Psychosocial aspects of rehabilitation in sports. Clinics in Sports Medicine [Revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de febrero 2023];34(2):199-212. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25818709/>
17. Kvist J, Silbernagel KG. Fear of Movement and Reinjury in Sports Medicine: Relevance for Rehabilitation and Return to Sport. Physical Therapy [Revista en Internet]. 2022 [acceso 10 de febrero 2023] 1;102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34971375/>
18. Fischerauer SF, Talaei-Khoei M, Bexkens R, Ring DC, Oh LS, Vranceanu AM. What Is the Relationship of Fear Avoidance to Physical Function and Pain Intensity in Injured Athletes? Clinical Orthopaedics & Related Research [Revista en Internet]. 2018 [acceso 10 de febrero de 2023];476(4):754-763. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29480885/>
19. O'Connor S, Moran K, Sheridan A, Brady S, Bruce C, Beidler E, et al; Fear Avoidance After Injury and Readiness to Return to Sport in Collegiate Male and Female Gaelic Games Players. Sports Health [Revista en Internet]. 2021 [acceso

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

- 10 de febrero 2023]; 13(6):532-539. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33682535/>
20. Podlog L, Heil J, Schulte S. Psychosocial factors in sports injury rehabilitation and return to play. *Physical Medicine Rehabilitation Clinics of North America* [Revista en Internet]. 2014 Nov [acceso 10 de febrero de 2023]; 25(4):915-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25442166/>
21. DeMaio EL, Tompson JD, Terry MA, Tjong VK. Qualitative Research in Return to Sport: a Current Review of the Literature. *Current Review Musculoskeletal Medicine* [Revista en Internet] 2023 [acceso 10 de febrero 2023]; 16(10):480-487. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37480428/>
22. Marshall WM, Schabrun S, Knox MF. Physical activity and the mediating effect of fear, depression, anxiety, and catastrophizing on pain related disability in people with chronic low back pain. *PLoS One* [Revista en Internet] 2017 [acceso 10 de febrero 2023]; 12 (7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5501599/>
23. Houston MN, Hoch JM, Hoch MC. College Athletes With Ankle Sprain History Exhibit Greater Fear-Avoidance Beliefs. *Journal of Sport Rehabilitation* [Revista en Internet]. 2018 [acceso 15 de mayo 2023] 1;27(5):419-423. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28605298/>
24. Suttmilller AMB, Cavallario JM, Baez SE, Martinez JC, McCann RS. Perceived Instability, Pain, and Psychological Factors for Prediction of Function and Disability in Individuals With Chronic Ankle Instability. *Journal of Athletic Training* [Revista en Internet]. 2022 [acceso 13 de mayo 2023] 1;57(11-12):1048-1054. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35271731/>
25. Hsu CJ, Meierbachtol A, George SZ, Chmielewski TL. Fear of Reinjury in Athletes. *Sports Health* [Revista en Internet]. 2017 [acceso 25 de mayo 2023]; 9(2):162-167. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27590793/>
26. Fukano M, Mineta S, Hirose N. Fear Avoidance Beliefs in College Athletes with a History of Ankle Sprain. *International Journal of Sports Medicine* [Revista en Internet]. 2020 [acceso 19 de mayo 2023];41(2):128-133. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31902125/>
27. O'Keeffe S, Ní Chéilleachair N, O'Connor S. Fear Avoidance Following Musculoskeletal Injury in Male Adolescent Gaelic Footballers. *Journal of Sport Rehabilitation* [Revista en Internet]. 2019 [acceso 21 mayo de 2023] 18;29(4):413-419. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30860429/>
28. Fischerauer SF, Talaei-Khoei M, Bexkens R, Ring DC, Oh LS, Vranceanu AM. What Is the Relationship of Fear Avoidance to Physical Function and Pain Intensity in Injured Athletes? *Clinical Orthopaedics & Related Research* [Revista en Internet]. 2018 [acceso 1 de junio 2023];476(4):754-763. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6260093/>

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

29. Podlog L, Dimmock J, Miller J. A review of return to sports concerns following injury rehabilitation: practitioner strategies for enhancing recovery outcomes. *Phys Ther Sport* [Revista en Internet]. 2011 [acceso 2 de junio 2023]. 12 (1): 36-42. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-21256448>

X. ANEXOS

X.I Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio llamado “Conductas de miedo - evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadores y jugadoras de fútbol. Trabajo de campo”, que consistirá en responder una entrevista semiestructurada que pretende aportar a la investigación en contextos educativos, llevada a cabo por una estudiante de 5to año de la carrera Kinesiología y Fisiatría de la Universidad del Gran Rosario.

La investigadora responsable del estudio, Balla María Delfina, también se ha comprometido en responder o aclarar cualquier duda que se genere acerca de los procedimientos concernientes al manejo de mi información en dicha investigación. Dado el caso, de que esta sea presentada a cualquier público (publicaciones, congresos y otras presentaciones), se solicitará previamente mi autorización.

Por consiguiente, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la investigación.

He leído este documento y acepto participar en este estudio según las condiciones dispuestas.

Firma Participante

Firma Investigador(a)

X.II Anexo 2

ENTREVISTA

- 1- ¿En qué momento sufrió su primer (o único) esguince de tobillo durante el período de Agosto a Diciembre 2023? ¿Durante una práctica, amistoso o un partido del torneo? ¿Fue una lesión por contacto, por un error propio o por algún factor externo como por ejemplo el terreno de juego?
- 2- ¿Sabe de qué grado fue su esguince? Mencione cual
- 3- ¿Qué sintomatología tuvo?
- 4- Si tuviera que puntuar el dolor del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable, ¿qué puntaje le daría?
- 5- Después de confirmada la lesión, ¿realizó rehabilitación kinésica?
- 6- ¿En qué se basaban las sesiones durante la rehabilitación?
- 7- ¿En algún momento fueron contempladas sus emociones/sentimientos durante la misma?
- 8- ¿Cuánto tiempo pasó desde que ocurrió la lesión hasta que volvió al campo de juego?
¿Por qué ocurrió dicho tiempo?
- 9- ¿Le indicaron medidas preventivas para evitar la aparición de recidivas al volver al campo de juego? ¿Cuáles?
- 10- Al momento de recibir el alta kinésica, ¿se sentía preparado para volver al campo de juego o hubiera preferido postergar su retorno? ¿Por qué?
- 11- ¿Qué sensaciones/emociones tuvo al hacerlo?
- 12- ¿Sufrió alguna recidiva luego de volver al campo de juego? ¿A qué cree que se debió la misma?
- 13- ¿Tiene historial previo de esguinces de tobillo en ese mismo pie?
- 14- Una vez apto/a para regresar al campo de juego, ¿en algún momento evitó compromisos con el equipo? ¿Por qué?
- 15- ¿El evitar hacer actividad física le hacía sentir que era una manera de evadir el dolor o de evitar lesionarse?
- 16- Con el paso del tiempo, luego de volver a jugar con normalidad, ¿tiene alguna limitación o síntoma residual que persista en la actualidad?

“Conductas de miedo-evitación en el retorno deportivo tras la recuperación de un esguince de tobillo en jugadoras y jugadores de fútbol. Trabajo de campo”.

X.III Anexo 3
Cuestionario CAIT

	IZQUIERDO	DERECHO	Puntuación
1. Tengo dolor en el tobillo: Nunca. Durante/cuando hago deporte. Corriendo en superficies irregulares. Corriendo en superficies niveladas. Caminando/andando en superficies irregulares. Caminando/andando en superficies niveladas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 4 3 2 1 0
2. Siento el tobillo inestable: Nunca. Algunas veces durante la práctica del deporte (no siempre). Frecuentemente durante la práctica del deporte (siempre). Algunas veces durante la actividad diaria. Frecuentemente durante la actividad diaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 3 2 1 0
3. Cuando hago giros bruscos, el tobillo se siente INESTABLE: Nunca. Algunas veces cuando corro. A menudo cuando corro. Cuando camino/ando.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0
4. Cuando bajo las escaleras, el tobillo se siente INESTABLE: Nunca. Si voy rápido. Ocasionalmente. Siempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0
5. Siento el tobillo inestable cuando me apoyo sobre una pierna: Nunca. Sobre el pulpejo del pie. Con el pie plano (completamente apoyado)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 1 0
6. El tobillo se siente INESTABLE cuando: Nunca. Doy saltos pequeños de un lado al otro. Doy saltos pequeños sobre un mismo punto Cuando salto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0
7. El tobillo se siente INESTABLE cuando: Nunca. Cuando corro sobre superficies irregulares. Cuando corro suave/troto sobre superficies irregulares. Cuando camino sobre superficies irregulares. Cuando camino sobre una superficie plana.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 3 2 1 0
8. TÍPICAMENTE, cuando se me empieza a torcer el tobillo, puedo pararlo: Inmediatamente. A menudo. Algunas veces. Nunca Nunca me he doblado el tobillo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0 3
9. Después del TÍPICO incidente de doblarme el tobillo, el tobillo /éste vuelve a la “normalidad”: Casi inmediatamente. En menos de un día. 1-2 días Más de 2 días. Nunca me he doblado el tobillo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0 3