GRADO EN FISIOTERAPIA



TRABAJO FIN DE GRADO

Sintomatología ansioso-depresiva durante la rehabilitación post lesión de esguince de tobillo en futbolistas jóvenes.
Un protocolo de estudio de ensayo clínico aleatorizado.

Anxiety and depressive symptoms during rehabilitation following ankle sprains in young soccer players.

A randomized clinical trial study protocol.

Autor/es: Miguel Manceñido García y Oihane Zubiria Labiano

Director/a: María Belén Díaz-Terán González

07/05/2026

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Por medio de la presente, nosotros Miguel Manceñido García y Oihane Zubiria Labiano alumnos del Grado en Fisioterapia de las Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria, en relación con el Trabajo Fin de Grado (TFG) titulado "Sintomatología ansioso-depresiva durante rehabilitación post lesión de esguince de tobillo en futbolistas jóvenes. Un protocolo de estudio de ensayo clínico aleatorizado", declaro que es de mi autoría y original.

Y asimismo declaramos que depositando este TFG (Trabajo Fin de Grado) y firmando el presente documento confirmamos que;

- Este TFG es original y he citado las fuentes de información debidamente.
- La autoría del TFG es compartida alumno/a y director/a.
- Soy plenamente consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanción por el órgano civil competente, y asumo mi responsabilidad ante reclamaciones relacionadas con la violación de derechos de propiedad intelectual.

En Torrelavega a 07 de Mayo del 2026

Fdo.: Miguel Manceñido García

Fdo.: Oihane Zubiria Labiano

.





ÍNDICE

1. INDICE..... 3, 4
2. ABREVIATURAS 5
3. RESUMEN/ABSTRACT..... 6, 7
4. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN..... 8, 9, 10, 11, 12
5. HIPOTESIS..... 13
   5.1. HIPOTESIS NULA..... 13
   5.2. HIPOTESIS ALTERNATIVA..... 13
6. OBJETIVOS..... 14
   6.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....14
   6.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS.....14
7. MATERIAL Y METODOS.....15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22
   7.1. POBLACIÓN.....15, 16
      7.1.1. Criterios de inclusión..... 15
      7.1.2. Criterios de exclusión..... 16
   7.2. VARIABLES- MEDIDAS –MATERIAL DE MEDICIÓN..... 16, 17, 18, 19
      7.2.1. Variables..... 16, 17
      7.2.2. Medidas y material de medición..... 17, 18, 19
   7.3. PROCEDIMIENTO Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN..... 19, 20, 21
      7.3.1. Recursos materiales y personales..... 22
   7.4. ASPECTOS ETICOS DEL ESTDUIO..... 22
8. PLAN DE TRABAJO..... 23, 24, 25
   8.1. ETAPA DE PLANIFICACIÓN..... 23
   8.2. ETAPA DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... 23
   8.3. ETAPA DE EJECUCIÓN..... 24
   8.4. ETAPA DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS..... 24
   8.5. ETAPA DE ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL..... 24, 25

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN..... 26, 27, 28
10. BIBLIOGRAFÍA.....29, 30, 31, 32, 33, 34
11. ANEXOS.....35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43

ABREVIATURAS

- **EVA**: Escala Visual Analógica
- **DASS-21:** Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 items
- **GSE:** General Self-Efficacy Scale
- **SF-12:** Short Form-12 Health Survey
- **ECA:** Ensayo Clínico Aleatorizado
- **TSK:** Tampa Scale for Kinesiophobia
- **LSI:** Limb Symmetry Index
- **MSPSS**: Multidimensional Scale of Perceived Social Support
- **RTP:** Retun To Play
- **LOPDGDD:** Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales
- **CEIC:** Comité de ética de Investigación Clínica de Cantabria
- **DNI:** Documento Nacional de Identidad
- **RGPD:** Reglamento general de Protección de Datos
- **TFG:** Trabajo de fin de grado
- **ROM:** Range of Motion
- **GI:** Grupo intervención
- **GC:** Grupo control
- **CG:** Control group
- **IG:** Intervention group
- **RFEF:** Real Federación Española de Fútbol

RESUMEN

Introducción

El esguince de tobillo es una de las lesiones más frecuentes en el fútbol y, tradicionalmente, se aborda mediante programas de rehabilitación centrados en la recuperación física. Sin embargo, la evidencia reciente sugiere que factores psicológicos, como la ansiedad y la depresión, influyen en el proceso de recuperación. En contexto, un abordaje biopsicosocial podría optimizar los resultados en deportistas.

Objetivo

Evaluar si la incorporación de apoyo psicológico a un programa de fisioterapia convencional mejora la sintomatología ansioso-depresiva en futbolistas con esguince de tobillo, en comparación con la fisioterapia convencional.

Material y métodos

Se llevará a cabo un ensayo clínico aleatorizado con una muestra de 60 participantes de 18 a 30 años. Los sujetos serán asignados aleatoriamente a un GC, que recibirá fisioterapia convencional, o a un GI, que recibirá tratamiento combinado con apoyo psicológico durante 16 semanas. Se evaluarán variables mediante instrumentos validados, ansiedad, depresión, autoeficacia, dolor, calidad de vida, adherencia y rendimiento funcional.

Plan de trabajo

El estudio se desarrollará entre septiembre de 2025 y septiembre de 2026 en una clínica de fisioterapia deportiva de Santander.

Discusión/conclusión

Se espera que la intervención multidisciplinar mejore la sintomatología emocional, favorezca la adherencia y contribuya a una recuperación funcional. Este estudio resalta la importancia de integrar el apoyo psicológico en la rehabilitación deportiva, aunque deben considerarse limitaciones como la ausencia de cegamiento y la heterogeneidad de las lesiones. Futuras investigaciones deberían valorar la persistencia de efectos a largo plazo.

Palabras clave

Esguince de tobillo, ansiedad, depresión, enfoque biopsicosocial.

ABSTRACT

Introduction

Ankle sprains are one of the most frequent injuries in soccer and are traditionally addressed through rehabilitation programs focused on physical recovery. However, recent evidence suggests that psychological factors, such as anxiety and depression, influence the recovery process. In this context, a biopsychosocial approach could optimize outcomes in athletes.

Objective

To evaluate whether incorporating psychological support into a conventional physiotherapy program improves anxiety and depressive symptoms in soccer players with ankle sprains, compared to conventional physiotherapy alone.

Material and Methods

A randomized clinical trial will be conducted with a sample of 60 participants aged 18 to 30 years. Subjects will be randomly assigned to a CG, which will receive conventional physiotherapy, or to an IG, which will receive combined treatment with psychological support for 16 weeks. Variables such as anxiety, depression, self-efficacy, pain, quality of life, adherence, and functional performance will be assessed using validated instruments.

Working Plan

The study will be conducted between September 2025 and September 2026 at a sports physiotherapy clinic in Santander.

Discusión/conclusion

The multidisciplinary intervention is expected to improve emotional symptoms, promote adherence, and contribute to functional recovery. This study highlights the importance of integrating psychological support into sports rehabilitation, although limitations such as the lack of blinding and the heterogeneity of the injuries should be considered. Future research should assess the persistence of long-term effects.

Key words

Ankle sprain, anxiety, depression, biopsychosocial approach.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Las lesiones por esguince de tobillo son las más comunes de las extremidades inferiores en deportistas, lo que representa entre el 16% y el 40% de las lesiones que ocurren en la práctica deportiva, más concretamente en deportes de contacto con cambios de dirección (1). El fútbol se caracteriza por exigir esfuerzos físicos de gran intensidad que, a largo plazo, se asocian con un mayor riesgo de lesiones del sistema musculoesquelético en los deportistas (2). La frecuencia de estas lesiones varía aproximadamente entre 7,4 y 47,5 por cada 1000 horas de práctica o competición (2).

En el ámbito deportivo, la sintomatología psicológica como la ansiedad y depresión presentan una relación bidireccional con la práctica física, ya que el deporte puede actuar como factor protector frente a trastornos mentales, mientras que el estrés prolongado puede favorecer la aparición de ansiedad o depresión (2). Asimismo, los factores psicosociales pueden influir en el aumento del riesgo de lesiones en los jugadores de fútbol (2). Se observaron diferencias relevantes en el tiempo de ausencia deportiva entre jugadores profesionales adultos y futbolistas jóvenes de alto nivel. Los primeros presentaron una media de 15,5 días de baja, mientras que los juveniles alcanzaron aproximadamente 33,4 días (3).

Tradicionalmente, los programas de rehabilitación se han centrado principalmente en la recuperación biomecánica y funcional de la articulación lesionada; sin embargo, la evidencia científica reciente demuestra que los factores psicológicos influyen significativamente en el proceso de recuperación y en la evolución clínica del deportista lesionado (4).

El modelo biopsicosocial de las lesiones deportivas, ampliamente difundido en la literatura reciente, propone que los determinantes biológicos, psicológicos y sociales deben ser abordados de manera integrada para entender completamente el proceso de lesión y rehabilitación (5). Este enfoque reconoce que variables como el estrés, la ansiedad, la autoconfianza, la motivación y el apoyo social influyen significativamente en la aparición de lesiones, la adherencia a tratamientos y los resultados funcionales (5). En contraste, la falta de apoyo o la presión por regresar prematuramente a la competición pueden aumentar la ansiedad, el miedo a la recaída y el riesgo de lesiones recurrentes (6).

Otro de los problemas es la escasez de formación específica de profesionales de la salud y la rehabilitación en estrategias psicológicas aplicadas a la lesión deportiva. Sin embargo, los estudios más recientes apuntan a la necesidad de incorporar técnicas como el establecimiento de metas, la gestión del estrés, el entrenamiento en autoconfianza y apoyo social como

componentes centrales de los programas de rehabilitación, no solo como complementos opcionales (5).

Existe evidencia científica que subraya la importancia de los factores psicológicos en la experiencia de la lesión y su recuperación; en este sentido, una revisión sistemática realizada por Bain, Hoch, Kosik, Gribble y Hoch mostró que los individuos con múltiples lesiones de tobillo reportaban mayores niveles de miedo relacionado con la lesión y una disminución de la salud psicológica, en comparación con sujetos sanos, sugiriendo que las respuestas emocionales adversas se agravan con la repetición de lesiones. Estas respuestas abarcan desde miedo a moverse, ansiedad anticipatoria sobre volver a lesionarse, hasta menores niveles de bienestar general, lo cual puede impactar negativamente en los resultados de rehabilitación (7).

Estudios revisados han encontrado que los deportistas lesionados presentan peores indicadores de sintomatología ansioso-depresiva, menor funcionamiento social y una menor calidad de vida relacionada con la salud en comparación con la población no lesionada, independientemente del nivel competitivo (6).

La evidencia indica, además, que estas alteraciones emocionales pueden aparecer desde fases tempranas tras la lesión y mantenerse durante todo el proceso de rehabilitación, afectando la autoeficacia, la adherencia al tratamiento y la percepción de recuperación funcional. Asimismo, el impacto psicológico puede variar en función de factores individuales como la identidad deportiva, la experiencia previa con lesiones y las expectativas de retorno a la competición (6).

La literatura también ha demostrado que el miedo a relacionarse y la percepción de vulnerabilidad pueden influir directamente en decisiones sobre el retorno al deporte, motivando posturas más conservadoras o evitativas, lo que a su vez puede modificar la dinámica de rehabilitación y el rendimiento posterior (8). La inclusión de intervenciones psicológicas, como educación sobre la lesión, establecimiento de objetivos realistas y técnicas de afrontamiento del estrés, se ha asociado con mejores resultados emocionales y funcionales durante la rehabilitación (9).

La adherencia al tratamiento constituye un elemento crucial para la efectividad de cualquier programa de rehabilitación, especialmente cuando exige asistencia frecuente a sesiones y cumplimiento de ejercicios domiciliarios durante varias semanas. Se ha descrito que niveles elevados de estrés, un estado de ánimo negativo y baja confianza en el tratamiento se asocian con una menor asistencia y un menor cumplimiento de las pautas médicas. Por lo que limita el beneficio potencial de la intervención y de las posibilidades de mejora (10). Por el contrario,

una menor sintomatología depresiva, una buena motivación y un apoyo social favorecen la constancia, incrementan la probabilidad de mejorar la adherencia y se relacionan con mejores resultados clínicos (11).

El uso conjunto de instrumentos de evaluación validados permite monitorizar de forma precisa la evolución psicológica y clínica durante la rehabilitación de los futbolistas lesionados, en consecuencia, con un enfoque biopsicosocial de la lesión deportiva. En este estudio la DASS-21 se empleará para detectar y seguir los cambios en depresión, ansiedad y estrés a lo largo del proceso de recuperación, permitiendo identificar estados de malestar psicológica que puedan ralentizar la recuperación y la vuelta al deporte del futbolista (12). La GSE se utilizará para valorar la autoeficacia general del jugador, es decir, su percepción de capacidad para cumplir el programa de rehabilitación y manejar las demandas que requiera el proceso (13). La SF-12 proporcionara una estimación de la calidad de vida física y mental, útil para observar si la intervención multidisciplinar, basada en un enfoque biopsicosocial, mejora no solo síntomas, sino también el bienestar percibido del deportista (14).

De forma complementaria, la EVA permitirá valorar la intensidad del dolor en torno al tobillo lesionado (15), mientras que la escala de Borg informa sobre el esfuerzo percibido durante las sesiones, facilitando el ajuste individualizado de la carga de trabajo (16). El TSK se utilizará para registrar el miedo al movimiento y a la posible recaída, aspectos especialmente relevantes en deportistas con esguince de tobillo (17), la MSPSS permitirá estimar el nivel de apoyo social percibido por el jugador, variable que se ha relacionado con una mejor adaptación psicológica a la lesión y mayor adherencia al tratamiento (18). La combinación de estas escalas con pruebas funcionales (rango articular, fuerza, test de salto y equilibrio) facilita una visión integrada del estado mental, la función física y el rendimiento específico, que puede facilitar la detección temprana de dificultades psicológicas susceptibles de intervención dentro del propio programa de rehabilitación.

La evidencia científica sugiere además que existen diferencias relacionadas con el sexo en la epidemiología y factores de riesgo de lesiones de tobillo entre deportistas, aunque muchos estudios no se centran exclusivamente en el rango de edad 18–30 años sino en poblaciones deportivas en general. Una revisión sistemática reciente indica que las mujeres tienden a sufrir lesiones de pie y tobillo a tasas más altas que los hombres cuando se comparan en deportes similares, incluso en deportes de élite y semiprofesionales, aunque la heterogeneidad entre estudios limita las conclusiones firmes (19)

Un meta-análisis realizado por Mason, Kniewasser, Hollander y Zech encontró que los factores de riesgo internos asociados a los esguinces de tobillo no son iguales entre hombres y mujeres deportistas. En los hombres, el riesgo aumentó cuando existían antecedentes de esguince, un índice de masa corporal más elevado, una menor fuerza de los abductores de cadera y un rendimiento inferior en pruebas de equilibrio dinámico. En cambio, en las mujeres, el único factor que mostró una asociación significativa con la aparición de esguinces fue una menor fuerza concéntrica de dorsiflexión del tobillo, sin identificarse otros factores intrínsecos con suficiente evidencia estadística (20). La evidencia disponible indica una mayor incidencia de lesiones de tobillo en mujeres y diferencias en los factores de riesgo entre hombres y mujeres, lo que resalta la necesidad de más estudios específicos en ese grupo para crear estrategias de prevención más precisas (20).

Se observó, además, una diferencia significativa en los síntomas depresivos según el género y el deporte, donde las atletas femeninas en atletismo, sóftbol y fútbol presentaron las tasas más altas de depresión en muestras de atletas. Esto subraya la utilidad de datos individualizados para que los profesionales clínicos detecten e identifiquen a los atletas en riesgo. Los atletas masculinos y femeninos muestran diferencias marcadas en los síntomas de ansiedad y depresión reportados, con las atletas femeninas siendo más propensas a experimentar ansiedad, depresión, angustia psicológica, trastornos del sueño y trastornos alimentarios, según el metaanálisis realizado por Mason, Kniewasser, Hollander y Zech, en atletas de élite (20). El monitoreo y la evaluación de la sintomatología ansioso-depresiva son esenciales en cualquier deporte, incluyendo recursos como programas basados en la atención plena (21).

A pesar de la abundancia de datos sobre la epidemiología de los esguinces de tobillo en futbolistas y de la importancia demostrada de factores psicológicos en la recuperación, como la ansiedad, la kinesiofobia y la adherencia terapéutica, los cuales se han asociado con los plazos de baja y las tasas de recaída, existe una falta de estudios específicos centrados en esta población. Por un lado, son escasos los estudios que comparen directamente un programa de fisioterapia convencional con un programa multidisciplinar que incorpore, desde fases tempranas, intervenciones psicológicas estructuradas, tanto a nivel individual como grupal, en futbolistas jóvenes con esguince de tobillo grado II. Por otro lado, en categorías como Tercera RFEF y en el rango de edad de 18 a 30 años, la evidencia científica disponible es limitada, a pesar de tratarse de una población con alta exposición a lesiones y con acceso reducido a recursos especializados en psicología del deporte. Esta carencia dificulta la implementación de

estrategias de rehabilitación basadas en un enfoque biopsicosocial y puede comprometer tanto la recuperación funcional como la prevención de recaídas.

Por ello, se propone el presente ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de analizar el papel de la sintomatología ansioso-depresiva en el proceso de rehabilitación, así como su impacto en la recuperación funcional, la adherencia terapéutica y el retorno seguro al deporte en futbolistas jóvenes. Este estudio pretende aportar evidencia que permita optimizar los programas de rehabilitación mediante la integración de intervenciones psicológicas, contribuyendo a un abordaje más completo, eficaz y sostenible en esta población. Además, la escasa investigación sobre las barreras a nivel de los profesionales sanitarios, como la limitada formación en abordajes psicológicos y la falta de integración de equipos multidisciplinares, refuerza la necesidad de desarrollar estudios de alta calidad que incorporen estos factores en el diseño de intervenciones de rehabilitación en futbolistas jóvenes con esguince de tobillo, con el fin de mejorar su aplicabilidad clínica y eficacia (22).

HIPOTESIS

Hipótesis nula (H_0): El apoyo psicológico adicional no mejora la recuperación de futbolistas jóvenes con esguince de tobillo. No existen diferencias significativas entre el GI (fisioterapia + apoyo psicológico) y el GC (fisioterapia) en sintomatología ansioso-depresiva (DASS-21), autoeficacia (GSE), adherencia al tratamiento, dolor (EVA), esfuerzo (Borg), kinesiofobia (TSK), calidad de vida (SF-12) ni variables funcionales tras 16 semanas.

Hipótesis alternativa (Ha): El apoyo psicológico mejora significativamente la recuperación. El GI mostrará mejor evolución clínica y funcional que el GC demostrando que la intervención psicológica combinada con fisioterapia es superior para la rehabilitación completa del esguince de tobillo en futbolistas jóvenes.

OBJETIVOS

Objetivo principal

El objetivo principal es evaluar la eficacia de un programa multidisciplinar que combina una intervención fisioterapéutica convencional con sesiones de apoyo psicológico en comparación con la intervención fisioterapéutica convencional. Se valorará la sintomatología ansioso-depresiva de futbolistas jóvenes de entre 18 y 30 años durante el proceso de recuperación tras un esguince de tobillo grado II, analizando la relación entre la duración del proceso de rehabilitación y la mejoría del estado emocional con la ayuda del psicólogo, medida a través de la escala DASS-21.

Objetivos secundarios

Los objetivos secundarios son:

- Analizar la relación entre la autoeficacia de los futbolistas, evaluada con la GSE y su nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico.
- Comparar la evolución del dolor entre grupos mediante la escala EVA.
- Analizar la influencia del sexo (masculino o femenino) en la evolución del bienestar psicológico y funcional durante la rehabilitación.
- Estudiar si la participación en sesiones grupales de apoyo psicológico mejora la calidad de vida, medida con la escala SF-12.
- Objetivar la percepción del esfuerzo de cada participante durante la rehabilitación mediante la escala Borg.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO

Se realizará un protocolo de ensayo clínico aleatorizado (ECA) dividido en dos grupos para analizar la influencia del apoyo psicológico dentro de un enfoque multidisciplinar (fisioterapeuta y psicólogo/a) en la rehabilitación de futbolistas jóvenes (18–30 años) con esguince de tobillo grado II. El estudio se realizará en una clínica de fisioterapia deportiva de Santander (Cantabria, España), durante un año (septiembre de 2025 a septiembre de 2026). La intervención tendrá una duración de 16 semanas.

Los participantes serán distribuidos aleatoriamente, en dos grupos de 30 personas:

- Grupo control: recibirán un programa de rehabilitación fisioterapéutica convencional guiada por un/una fisioterapeuta deportivo.
- Grupo intervención: recibirán el mismo programa de fisioterapia que el GC, complementado con sesiones de apoyo psicológico individual y grupal, llevadas a cabo por un/una psicólogo/a deportivo.

7.1. POBLACIÓN

El estudio contará con 60 participantes, distribuidos aleatoriamente en dos grupos de 30 mediante Excel. La muestra estará compuesta por futbolistas de 18 a 30 años en rehabilitación por esguince de tobillo grado II, estimándose una pérdida muestral del 10%.

Los participantes se reclutarán de dieciséis equipos de Tercera RFEF en Cantabria (ocho masculinos y ocho femeninos). Se contactará telefónicamente con los presidentes de cada club para informar sobre el estudio y solicitar el listado de jugadores aptos.

7.1.1 Criterios de inclusión:

- Edad entre 18 y 30 años.
- Se encuentren en un proceso de rehabilitación post lesión de esguince de tobillo de grado II.
- Futbolistas pertenecientes a la Tercera RFEF.
- Individuos que obtengan al menos una puntuación de 3 en la escala EVA.
- Con un tiempo de evolución del esguince menor a 2 meses.

7.1.2 Criterios de exclusión:

- Se hayan sometido a una intervención quirúrgica.
- Patologías previas en el tobillo.
- Recibir tratamiento psicológico por un profesional externo al estudio.
- Embarazo o lactancia.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Toma de medicamentos (analgésicos, anticonceptivos…).
- Falta de consentimiento informado.

7.2 VARIABLES- MEDIDAS –MATERIAL DE MEDICIÓN

7.2.1 Variables

Variables independientes:

→ Tipo de intervención: variable cualitativa dicotómica, codificada como Fisioterapia estándar o Fisioterapia y apoyo psicológico.

Variable dependiente principal:

- Sintomatología ansiosa/depresiva: variable cuantitativa, medida mediante la escala DASS-21.

Variables dependientes secundarias:

- Autoeficacia: variable cuantitativa, evaluada con la escala GSE.
- Adherencia al tratamiento: variable cuantitativa, determinada según el número de sesiones asistidas.
- Dolor: variable cuantitativa, mediante la escala EVA.
- Calidad de vida: variable cuantitativa, evaluada mediante el cuestionario SF-12.
- Percepción del esfuerzo: variable cuantitativa, valorada con la escala Borg.
- ROM: variable cuantitativa continua, estudiada con medición goniométrica.
- Fuerza muscular: variable cuantitativa continua, medida con dinamómetro.
- Kinesiofobia: variable cuantitativa, evaluada mediante el cuestionario TSK.

Variables de confusión:

→ Sexo: variable cualitativa nominal, la cual se registrará a través del formulario inicial.

→ Apoyo percibido (MSPSS): variable cualitativa nominal, en el cual se incluye su situación anímica antes de la lesión.

7.2.2 Medidas y Material de medición

Para medir las diferentes variables se utilizarán distintas herramienta valoradas y utilizadas en la práctica clínica y la investigación:

- Depresión, Ansiedad y Estrés: se valorará mediante la escala DASS-21 para analizar el estado emocional de la población y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. El cuestionario consta de 21 ítems con cuatro posibles respuestas desde 0 (no le ha ocurrido) al 3 (le ocurre con frecuencia). Un puntaje de corte de 19 indica la presencia de sintomatología ansioso-depresiva (12).
- Autoeficacia: se evaluará mediante la Escala General de Autoeficacia (GSE), formada por 10 ítems puntuados del 1(totalmente desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo). La puntuación oscilará entre 10 y 40 puntos, donde valores más elevados reflejan mayor autoeficacia percibida (13).
- Adherencia al tratamiento: se calculará mediante el número de sesiones a las que han acudido (23), realizando las pautas domiciliarias. Se registrará la asistencia mediante un comprobante. Una elevada asistencia (70-75%) (24) indicaría un nivel alto de adherencia, mientras que valores bajos reflejaran menor constancia y riesgo de abandono.

CERTIFICADO DE ASISTENCIA	
Nombre de la paciente	
Número de sesión	
Fecha de la sesión	
Firma	

Tabla 1: Certificado de asistencia (creación propia)

- Dolor: se valorará mediante la Escala Visual Analógica (EVA) donde los participantes marcaran su intensidad del dolor del 0 al 10 (15) antes, mientras y al finalizar cada sesión de tratamiento. La escala sitúa la ausencia de dolor con un 0 en el extremo izquierdo y el dolor máximo con un 10 en el extremo derecho (25). Un dolor de ≥3/10 se considera clínicamente relevante (26).
- Calidad de vida: se evaluará mediante el SF-12, un cuestionario formado por 12 preguntas extraídas del SF-36 que analiza el estado físico y mental del participante en su vida diaria. Los participantes deberán responder a un cuestionario de 12 ítems (27), en los cuales se diferencian dos puntuaciones, una para la salud mental y otro para la salud física (valores del 0 a los 100 puntos) (14). Cifras por encima de 50 puntos reflejaran un estado de salud superior, mientras que cifras inferiores indicaran un estado de salud inferior (27).
- Percepción de esfuerzo: durante las sesiones de fisioterapia se medirá la percepción de esfuerzo mediante la escala Borg, cuyos valores van del 6 al 20. Cada número indica el esfuerzo percibido del participante al realizar cierta actividad (siendo 6 ningún esfuerzo en absoluto y 20 un esfuerzo máximo) (16). Además, los participantes deben mantener un puntaje Borg de esfuerzo percibido <13 durante las sesiones (28).
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): se trata de una escala de autoinforme compuesta por 12 ítems que evalúan la percepción de apoyo social en tres fuentes: familia, amigos y otros significativos. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). La puntuación total se obtiene sumando o promediando los ítems, donde valores más altos indican mayor apoyo social percibido (18). Se considera menos de 3 como bajo apoyo social y más de 5 como alto apoyo social (29).
- ROM con goniómetro: se realizarán mediciones del rango articular del tobillo hacia diferentes direcciones durante y al final del tratamiento, lo que será útil para establecer los objetivos durante el tratamiento y ver el progreso que han tenido los futbolistas (30) decúbito supino, se medirán los rangos de flexión plantar, dorsal, inversión y eversión; una diferencia ≤5º es normal, 6–10º indica déficit leve y >10º es clínicamente relevante (31).
- Dinamómetro: la dinamometría valora la fuerza muscular de los futbolistas y proporciona datos confiables lo cual la convierte en una gran herramienta en tratamientos deportivos. Se realizarán varias mediciones de los flexores plantares y

dorsales del pie lesionado y del sano durante el tratamiento, para comparar las muestras y guiar el tratamiento (32).

- TSK: es un cuestionario auto-reportado ampliamente usado en investigación y clínica para medir la "kinesiofobia", es decir, el miedo al movimiento o a lesionarse de nuevo, cuando existe dolor o riesgo de lesión. El TSK 11 que consta de 11 ítems cada uno puntuado en una escala tipo Likert. El rango de puntuación oscila entre 11 (mínimo miedo) y 44 (miedo alto) (17). Una puntuación de más de 30 se valora como clínicamente relevante (33).
- LSI: es un índice porcentual que compara el rendimiento de un lado lesionado o en rehabilitación con el lado sano. Mide fuerza, saltos… Se expresa como valor del lado lesionado entre valor del lado sano y ese resultado se multiplica por 100 (34). Para el retorno al deporte se exige más del 90% (35).
- Y-Balance: es una prueba funcional usada para evaluar el equilibrio dinámico, el control neuromuscular y la estabilidad de la extremidad inferior. Se colocarán en apoyo monopodal y con la pierna libre se extienda hacia tres direcciones (anterior, posteromedial y posterolateral) (34). Mas de 4 cm de diferencia con el lado sano indica mayor riesgo de lesión (36).

Los posibles sesgos en estas pruebas se dividen en dos ámbitos. En la evaluación psicosocial predomina el sesgo de autoevaluación en cuestionarios como DASS-21, GSE, EVA, SF-12 y TSK, donde los participantes pueden subestimar o sobreestimar su ansiedad, autoeficacia o kinesiofobia (37). En la valoración fisioterapéutica puede aparecer sesgo del evaluador por variabilidad en el uso del goniómetro o dinamómetro si no se estandarizan los procedimientos.

7.3 PROCEDIMIENTO Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Este estudio se llevará a cabo durante un periodo de dieciséis semanas. Se contactará telefónicamente con los presidentes de cada club para informar sobre los objetivos, procedimiento y criterios de inclusión y exclusión, siendo los clubes quienes proporcionen el listado de jugadores lesionados aptos. Posteriormente se revisará la historia clínica reciente de cada futbolista para confirmar el cumplimiento de los criterios establecidos.

El estudio se llevará a cabo en una clínica de fisioterapia en Santander (Cantabria) y contará con un/una fisioterapeuta y un/una psicólogo/a deportivos que trabajaran simultáneamente con los participantes.

Cada participante firmará el consentimiento informado individual tras recibir la hoja informativa, explicándose el estudio y las condiciones de confidencialidad de los datos. Una vez confirmada la participación los sujetos serán asignados aleatoriamente mediante un generador de números de Excel a dos grupos de 30 personas: un GI, que recibirá un programa de fisioterapia acompañado de apoyo psicológico individual y grupal y el GC, que únicamente realizará rehabilitación fisioterapéutica (38). El estudio será abierto, sin ningún tipo de cegamiento.

Antes del inicio de la intervención se realizará una evaluación que incluirá el estado de ánimo previo a la lesión, la sintomatología ansioso-depresiva mediante la escala DASS 21 (39), la autoeficacia mediante la escala GSE, el dolor mediante la escala EVA, la calidad de vida a través del cuestionario SF 12, el miedo al movimiento mediante la escala TSK (39) y funcionamiento físico mediante test funcionales específicos. Asimismo, se recogerán datos clínicos y sociodemográficos como edad, equipo, tipo y localización de la lesión, tiempo transcurrido desde la misma y un registro inicial del esfuerzo percibido mediante la escala de Borg.

Tras la valoración inicial, se iniciará la intervención desde la semana 1 hasta la 16. Los participantes del GC recibirán un programa de fisioterapia individualizado con una frecuencia de tres sesiones semanales de una hora, dirigidas por un/una fisioterapeuta con experiencia en lesiones deportivas.

En la fase inicial el objetivo será proteger la lesión, controlar el dolor y la inflamación, evitando la rigidez articular y la perdida de fuerza. Esta fase que tendrá una duración de entre 3 y 10 días. Se aplicará crioterapia local, deambulación precoz tolerada con un vendaje funcional y ejercicios activo-asistidos en cadena cinética abierta y cerrada para recuperar la flexión dorsal sin comprometer las estructuras ligamentosas. Se realizará trabajo propioceptivo básico en sedestación y bipedestación en apoyo bilateral, progresando a apoyo monopodal asistido según tolerancia (40). Durante esta fase, el dolor no superará 2 puntos en la escala EVA, el edema deberá estabilizarse y el paciente deberá poder apoyar el peso y caminar con ayuda para progresar en la fase intermedia (41).

En la fase intermedia, el objetivo será recuperar la fuerza, el control neuromuscular y la movilidad funcional, desde la semana 2 hasta la 8. Se realizarán los ejercicios de fuerza concéntrica y excéntrica para los peroneos, tibial anterior y gemelos con bandas elásticas, así como trabajo propioceptivo en superficies inestables. Se incluirán ejercicios polimétricos con

énfasis en la técnica y la absorción del impacto, junto con la reeducación de la marcha (40). Para progresar a la fase final, el paciente deberá poder caminar y trotar sin aumento de dolor o edema, con un dolor máximo de 2-3 en la escala EVA, presentar un ROM funcional muy similar al contralateral y superar la prueba del Single-leg sin inestabilidad (41).

En la fase final, el objetivo será la readaptación al deporte y el retorno, entre la semana 8 y 16. Se realizarán ejercicios de fuerza máxima y potencia mediante saltos, cambios de dirección, sprint cortos y frenada que reproduzca las demandas del juego. Además, se incluirán tareas con balón donde se combine pase, control y desplazamiento a velocidad variable, asi como saltos monopodales (40).

El GI, además del programa fisioterapéutico descrito, recibirá sesiones psicológicas individualizadas y grupales. Las sesiones individualizadas serán una por semana, con una duración de 45 minutos, centradas en regulación emocional, manejo del estrés y psicoeducación sobre el retorno a la práctica deportiva. Mientras que las sesiones grupales se realizaran cada dos semanas, dirigidas a fomentar el apoyo entre deportistas, la cohesión grupal, el afrontamiento y la motivación durante el proceso de lesión, todas ellas dirigidas por un/una psicólogo/a deportivo (42).

Entre ambos grupos se realizará un registro mediante la EVA al inicio, mitad y final de cada sesión, así como un registro de la Borg al finalizar cada sesión. Asimismo, se llevará a cabo un control de la adherencia al tratamiento, un registro semanal de la progresión funcional y la anotación de cualquier episodio de nueva lesión o recaída. En la semana 8 se realizará una valoración intermedia que incluirá la repetición de la EVA y la Borg, la evaluación funcional y la revisión de la adherencia al tratamiento. Además, se evaluará la sintomatología ansioso-depresiva mediante la DASS-21 para analizar los cambios en relación con la valoración inicial.

Al finalizar la semana 16, se repetirán todas las valoraciones iniciales (DASS-21, GSE, SF-12, EVA, TSK, pruebas funcionales, adherencia, tiempo hasta RTP y recaídas). El retorno al deporte se determinará mediante una batería final de pruebas, que requerirá un dolor percibido de 2 o menos en la escala EVA, un ROM igual al del tobillo sano, un LSI de 90% o más en fuerza, single-leg hop, pruebas de salto/potencia y un Y-Balance test con una simetría menor de 4 cm (43). Si se cumplen los criterios, se autorizará el retorno al deporte y se compararán ambos grupos en RTP, tiempo y recaídas para evaluar el efecto del apoyo psicológico, con resultados anónimos.

7.3.1. Recursos materiales y personales

RECURSOS PERSONALES	*RECURSOS MATERIALES*
Fisioterapeuta especializado/a en el área deportiva	Sala en la clínica de fisioterapia deportiva de Santander
Psicólogo/a deportivo/a	Ordenador con programa Excel
Analista de datos	Material de rehabilitación (pesas, poleas, bicicletas estáticas, theraband, dinamómetro y goniómetro)
Investigador/a encargado/a del seguimiento del estudio	Documentos de estudio: hoja de consentimiento informado (ANEXO 08), hoja de información al/la paciente (ANEXO 09) y hoja de renuncia (ANEXO 10)

Tabla 2: Recursos materiales y personales (creación propia)

7.4. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Al inicio, todos los participantes del estudio recibirán una hoja de información (ANEXO 09) y deberán firmar una hoja de consentimiento informado (ANEXO 08). La información confidencial quedará almacenada en un servidor seguro, donde será accesible únicamente para el equipo investigador. Los procedimientos del estudio seguirán las normas éticas de la Declaración de Helsinki.

Se garantizará la confidencialidad de los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD).

Antes de iniciar el estudio, el protocolo será evaluado y aprobado por el Comité Ética de Investigación Clínica de Cantabria (CEIC). La investigación se realizará sin ánimo de lucro, y los datos no se compartirán con terceros.

Los riesgos incluirán molestias leves y posible incomodidad al hablar del estado emocional. Los participantes podrán retirarse en cualquier momento y el estudio se suspenderá ante efectos adversos.

PLAN DE TRABAJO

El estudio se llevará a cabo entre septiembre de 2025 y septiembre de 2026 en una clínica de fisioterapia deportiva de Santander (Cantabria), evaluando la influencia del apoyo psicológico combinado con la fisioterapia convencional en la rehabilitación de futbolistas jóvenes (18-30 años) con esguince de tobillo grado II. Se desarrollará en 5 etapas que aseguran la correcta planificación, diseño de investigación, ejecución y análisis de datos y etapa de elaboración del informe final del ECA.

Etapa de planificación (septiembre 2025)

Durante el primer mes del estudio en septiembre de 2025, se desarrolló la etapa de planificación, en la que se revisó la evidencia científica existente acerca del papel del apoyo psicológico en la rehabilitación de una lesión de esguince en futbolistas y el retorno a la competición. La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos especializadas como PudMed, Dialnet, BMJ, Elsevier y JMIR. A partir de esta búsqueda, se definieron los objetivos generales y específicos y se formularon las hipótesis necesarias del estudio.

Además, se elaboró la documentación necesaria: protocolo preliminar, hojas información al paciente, hoja de declaración de consentimiento informado, hoja de renuncia, certificado de asistencia para adherencia y el plan de protección de datos. Se entregaron informes detallados a los participantes para informarles sobre objetivos, procedimiento, beneficios y riesgos antes de comenzar con el ensayo.

Etapa de diseño de investigación (octubre 2025 – diciembre 2025)

En esta etapa se concretó el diseño del estudio. Desde octubre a diciembre de 2025 se estableció contacto formal con 16 equipos de Tercera RFEF de Cantabria (8 masculinos y 8 femeninos), informando a los servicios médicos y cuerpos técnicos sobre los objetivos, el procedimiento, los posibles beneficios y riegos mínimos que puedan surgir durante el ensayo. Se elaboro un listado de 60 futbolistas (estimando un 10% de la perdida muestral) que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Los participantes firmaron los cuestionarios y hojas de información necesarias antes de comenzar el ensayo. El protocolo completo se presentó al CEIC de Cantabria, dejando tiempo por si el comité nos solicitara modificaciones. Se realizaron las correcciones necesarias antes de obtener la aprobación definitiva, formalizando el acuerdo con clubes y programando la ejecución del ensayo clínico reclutando a los 60 participantes.

Etapa de ejecución (enero 2026/ mayo 2026)

Desde enero a mayo de 2026, una vez aprobado por el CEIC, se inició la ejecución del ensayo clínico: realizando citaciones individuales, verificando los criterios necesarios, hoja de información del paciente, consentimiento informado y la evaluación basal que incluyo datos sociodemográficos (edad, sexo y grado de esguince), las escalas y las pruebas objetivas necesarias. Posteriormente se realizó una asignación aleatoria mediante Excel a dos grupos: el GC (30 personas) que recibió fisioterapia convencional con 3 sesiones semanales de 1 hora durante 16 semanas distribuidas en fase 1 (control de dolor/inflamación con crioterapia y ejercicios activos), fase 2 (fuerza con theraban y propiocepción) y fase 3 (readaptación con saltos/sprints/balón), en el GI (30 personas) recibieron la misma fisioterapia convencional combinada con apoyo psicológico con sesiones individuales semanales de 45 minutos y sesiones grupales cada 2 semanas.

Durante el proceso se registró el dolor mediante la escala EVA al inicio/mitad/final de cada sesión, la escala Borg al final, la adherencia mediante asistencia, cumplimiento de tareas domiciliarias, evaluación funcional (propiocepción/fuerza/pruebas) y posibles recaídas con evaluaciones intermedias en la semana 8 y evaluación final en la semana 16 repitiendo todas las medidas basales, escalas y pruebas objetivas. Esta etapa finalizó al completar estas mediciones y realizando correctamente la recogida de datos.

Etapa de procesamiento de datos y análisis de resultados (junio 2026- julio 2026)

Una vez finalizada la recogida de datos, programada desde junio hasta julio de 2026, se procederá al análisis exhaustivo de los resultados obtenidos en todas las medidas principales. Se verificarán las hipótesis iniciales planteadas y se evaluará el cumplimiento de los objetivos propuestos, determinando si el GI evidencia mejoras estadística y clínicamente significativas frente al GC en DASS-21 (salud mental), adherencia terapéutica, EVA (dolor), Borg (esfuerzo percibido) y TSK (kinesiofobia), calculando tamaños de efecto para identificar diferencias clínicamente relevantes y sustantivas en el contexto rehabilitador deportivo.

Etapa de elaboración del informe final (agosto 2026- septiembre 2026)

Finalmente, desde agosto a septiembre de 2026, se redactará el informe final estructurado en introducción, métodos, resultados, discusión y conclusión. Se interpretarán los resultados frente a la literatura existente, discutiendo limitaciones como perdidas muestrales o sesgos metodológicos.

Se preparará un manuscrito adaptado a normas específicas de revistas bibliográficas: BMJ Open Sport & Exercise Medicine, Frontiers in Sports and Active Living y Journal of Foot and Ankle Surgery. Los resultados del estudio beneficiaran a fisioterapeutas, psicólogos y personal de rehabilitación de futbolistas con esguince de tobillo, ayudándoles a desarrollar protocolos multidisciplinares basados en evidencia. El manuscrito se enviará a revistas científicas para su publicación y se entregarán informes anonimizados a futbolistas y clubes colaboradores, respetando siempre la confidencialidad y protección de datos del estudio.

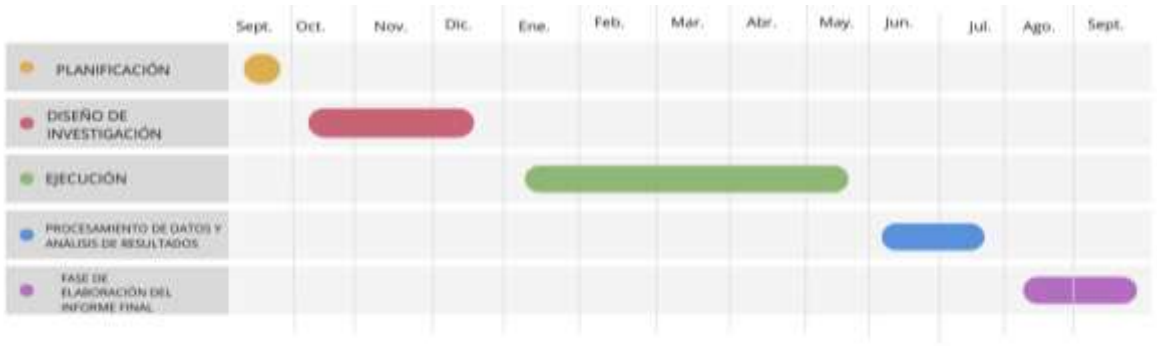


Tabla 3: Diagrama de GANT (creación propia)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El presente trabajo corresponde a un ensayo clínico aleatorizado (ECA) cuyo objetivo será evaluar la eficacia de un programa multidisciplinar que combina la fisioterapia convencional con apoyo psicológico, en comparación con la intervención fisioterapéutica convencional aislada, en futbolistas jóvenes de entre 18 y 30 años con esguince de tobillo grado II. En relación con ello, se analizará la sintomatología ansioso-depresiva, así como la relación entre la duración del proceso de rehabilitación y la mejoría del estado emocional. Asimismo, como objetivos secundarios, se evaluarán la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento, la evolución clínica del dolor, la influencia del sexo en la recuperación psicológica y funcional, la calidad de vida percibida y la percepción subjetiva del esfuerzo durante el proceso de rehabilitación.

En caso de confirmarse la hipótesis alternativa, los resultados del estudio tendrían una aplicación directa e inmediata en la práctica clínica deportiva, ya que evidenciarían que la combinación de la fisioterapia convencional y el apoyo psicológico mejora significativamente la recuperación integral de los futbolistas con esguince de tobillo grado II. (5). Además, la mejora en variables como la motivación y la autoeficacia facilitaría una mayor adherencia al tratamiento, lo que significaría una recuperación más eficaz (44). Asimismo, la intervención psicológica ayudaría a reducir el miedo a la recaída y la kinesiofobia, que son factores que podrían retrasar el retorno al deporte (45). Estos resultados podrían justificar la integración de equipos multidisciplinares (fisioterapeutas y psicólogos deportivos) en los clubes, optimizando el rendimiento y el retorno al deporte de los futbolistas lesionados (46).

Una de las principales fortalezas de este estudio es el diseño como ensayo clínico aleatorizado, lo que permite comparar de forma más objetiva la eficacia de la fisioterapia convencional frente a la intervención multidisciplinar con apoyo psicológico (47). Además, el estudio presenta un enfoque biopsicosocial antes del retorno al deporte, ya que no solo se analizan variables físicas como el dolor o la funcionalidad, sino también variables psicológicas como ansiedad, depresión, la autoeficacia y la calidad de vida (48). Otra fortaleza es la utilización de escalas validadas como DASS-21, EVA, GSE, SF-12 y la escala Borg, lo que aporta mayor fiabilidad a los resultados.

Sin embargo, el estudio también presenta algunas limitaciones. No es posible realizar un estudio ciego, ya que los participantes saben si reciben apoyo psicológico, lo que puede influir

en su percepción de mejoría. También existen posibles sesgos derivados de los cuestionarios de autoinforme (37) y factores externos, como la autoeficacia individual, la presión del equipo o el apoyo social, que pueden influir en la evolución del deportista durante la rehabilitación (49). Otra posible limitación del estudio es la exclusión de futbolistas con esguinces de tobillo de diferente gravedad, ya que al centrarnos únicamente en esguinces grado II se limita la generalización de los resultados a otros grados de lesión. Aunque incluir diferentes grados de esguince aumenta la validez ecológica del estudio al reflejar la práctica clínica real, esta homogeneidad puede dificultar la comparación de resultados entre los participantes, ya que la experiencia de la lesión, el tiempo de baja y la evolución psicológica pueden ser diferentes según la gravedad de la lesión y el tipo de tratamiento recibido (49).

Futuras investigaciones deberían centrarse en estudios con muestras más amplias y heterogéneas que permitan mejorar la validez externa de los resultados, así como en el análisis del impacto a largo plazo de las intervenciones multidisciplinares sobre la recuperación, el rendimiento y la prevención de recaídas. En este sentido, la literatura científica señala que los enfoques biopsicosociales en la rehabilitación deportiva se asocian con mejores resultados clínicos y psicológicos, especialmente cuando se mantienen en el tiempo (50). Asimismo, seria relevante profundizar en qué tipo de intervención sería más eficaz (individual, grupal o combinada), ya que las intervenciones multicomponente han demostrado mejorar la adherencia al tratamiento y el bienestar emocional del deportista lesionado (51). Otra de las líneas a estudiar seria las diferencias según el sexo y las características individuales de cada deportista ya que existen variaciones en factores de riesgo y respuesta psicológica entre hombres y mujeres (20). También se podría plantear como una futura investigación la evaluación de viabilidad y coste-efectividad de implementar equipos multidisciplinares en categorías semiprofesionales como tercera federación (52).

El presente estudio tiene como objetivo principal evaluar si la incorporación de apoyo psicológico a un programa de fisioterapia convencional mejora la sintomatología ansioso-depresiva en futbolistas jóvenes con esguince de tobillo grado II, en comparación con la fisioterapia convencional aislada. Asimismo, se analizan de forma secundaria la autoeficacia, adherencia terapéutica, intensidad del dolor, calidad de vida, percepción del esfuerzo e influencia del sexo en la evolución clínica durante la recuperación. En relación con la aplicabilidad clínica, la confirmación de la hipótesis alternativa respaldaría la integración de intervenciones psicológicas en los protocolos de rehabilitación por su influencia en la adherencia, regulación emocional y reducción de factores como kinesiofobia o miedo a recaída,

optimizando el retorno al deporte. Metodológicamente, destaca por su diseño experimental aleatorizado, abordaje biopsicosocial y uso de instrumentos validados, aunque presenta limitaciones como la ausencia de cegamiento, sesgos de autoinforme y la falta de homogeneidad en la gravedad de lesiones. Finalmente, se proponen futuras líneas de investigación en diseños longitudinales, muestras más amplias y optimización de intervenciones multidisciplinares en contextos deportivos.

En este estudio se espera que el GI que recibirá fisioterapia y apoyo psicológico, presente una mejor recuperación funcional, tras 16 semanas de rehabilitación. Concretamente, se prevé una mayor reducción de sintomatología ansiosa y depresiva medida con la DASS-21, un aumento significativo de la autoeficacia (GSE) y una mejor calidad de vida (SF-12), junto con menor dolor percibido (EVA), menor kinesiofobia (TSK) y esfuerzo percibido más adecuado (Borg) en comparación con la fisioterapia aislada. Además, se espera que el GI muestre mayor adherencia al tratamiento y tiempos de retorno al deporte más rápido y seguro, con mejores resultados en ROM, fuerza, LSI y Y-Balance, reduciendo el riesgo de recaídas. En conjunto, los hallazgos esperados apoyarían la hipótesis alternativa y reforzarían la utilidad clínica de un abordaje multidisciplinar en futbolistas jóvenes con esguince de tobillo, al integrar la recuperación física con el apoyo psicológico durante el proceso rehabilitador. Además, esta estrategia podría favorecer una evolución más completa en términos emocionales, funcionales y de adherencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Halabchi F, Hassabi M. Acute ankle sprain in athletes: Clinical aspects and algorithmic approach. World J Orthop. 2020 Dec 1;11(12):534–58. doi:10.5312/wjo.v11.i12.534 PubMed PMID: 33362991.
2. Kolokotsios S, Drousia G, Koukoulithras I, Plexousakis M. Ankle Injuries in Soccer Players: A Narrative Review. Cureus. 2021 Aug 16. doi:10.7759/cureus.17228
3. Flore Z, Hambly K, De Coninck K, Welsch G. Time-loss and recurrence rate of lateral ankle sprains in male professional football players depending on the severity grade: Do we trivialise LAS? BMJ Open Sport Exerc Med. 2025 Feb 22;11(1). doi:10.1136/bmjsem-2024-002271
4. Ardern CL, Taylor NF, Feller JA, Whitehead TS, Webster KE. Psychological responses matter in returning to preinjury level of sport after anterior cruciate ligament reconstruction surgery. American Journal of Sports Medicine. 2013 Jul;41(7):1549–58. doi:10.1177/0363546513489284 PubMed PMID: 23733635.
5. Bae M. Biopsychosocial approach to sports injury: a systematic review and exploration of knowledge structure. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2024 Dec 1;16(1). doi:10.1186/s13102-024-01025-x
6. Furie K, Park AL, Wong SE. Mental Health and Involuntary Retirement from Sports Post-Musculoskeletal Injury in Adult Athletes: a Systematic Review. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine. Springer; 2023. p. 211–9. doi:10.1007/s12178-023-09830-6
7. Bain KA, Hoch MC, Kosik KB, Gribble PA, Hoch JM. Psychological impairments in individuals with history of ankle sprain: a systematic review. Physiother Theory Pract. 2022;38(12):1889–907. doi:10.1080/09593985.2021.1920079 PubMed PMID: 33896345.
8. Lee YS, Park DS, Oh JK, Kim SY. Sports injury type and psychological factors affect treatment period and willingness-to-pay: Cross-sectional study. Medicine (United States). 2020 Dec 11;99(50):E23647. doi:10.1097/MD.0000000000023647 PubMed PMID: 33327346.
9. Bae M. Biopsychosocial approach to sports injury: a systematic review and exploration of knowledge structure. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2024 Dec 1;16(1). doi:10.1186/s13102-024-01025-x

10. Lu FJH, Hsu Y. Injured athletes' rehabilitation beliefs and subjective well-being: The contribution of hope and social support. J Athl Train. 2013 Jan;48(1):92–8. doi:10.4085/1062-6050-48.1.03 PubMed PMID: 23672330.
11. Abenza Cano L, Olmedilla Zafra A, Ortega Toro Francisco Esparza Ros EY. Estados de ánimo y adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados.
12. Antúnez Z, Vinet E V. Validation of the abbreviated Version in Chilean University Students. Vol. 30. 2012;30:49–55.
13. Kim JE, Jiang YH, Dee V. Psychometric Properties of General Self-Efficacy (GSE) Scale Korean Version for Older Korean Immigrants with Diabetes: A Cross-Sectional Study in the United States. Nurs Rep. 2023 Jun 1;13(2):844–54. doi:10.3390/nursrep13020074
14. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. Med Clin (Barc). 2012 Dec 8;139(14):613–25. doi:10.1016/j.medcli.2011.10.024 PubMed PMID: 22244683.
15. Gur G, Turgut E, Dilek B, Baltaci G, Bek N, Yakut Y. Validity and Reliability of Visual Analog Scale Foot and Ankle: The Turkish Version. Journal of Foot and Ankle Surgery. 2017 Nov 1;56(6):1213–7. doi:10.1053/j.jfas.2017.06.001 PubMed PMID: 28864388.
16. Borg E. On Perceived Exertion and its Measurement. 2007.
17. Hapidou EG, O'Brien MA, Pierrynowski MR, de las Heras E, Patel M, Patla T. Fear and avoidance of movement in people with chronic pain: Psychometric properties of the 11-item Tampa scale for Kinesiophobia (TSK-11). Physiotherapy Canada. 2012;64(3):235–41. doi:10.3138/ptc.2011-10 PubMed PMID: 23729957.
18. Matrángolo G, Simkin H, Azzollini SC. Evidence of Validity of the Multidimensional Social Support Scale (MSPSS) in adult Argentinian population. Revista CES Psicologia. 2022;15(1):163–81. doi:10.21615/cesp.6009
19. Talia AJ, Busuttil NA, Hotchen A, Kendal AR, Brown R. Sex Differences in Foot and Ankle Sports Injury Rates in Elite Athletes: A Systematic Review and Meta-analysis of 25,687,866 Athlete Exposures. Orthopaedic Journal of Sports Medicine. SAGE Publications Ltd; 2025. doi:10.1177/23259671251364261
20. Mason J, Kniewasser C, Hollander K, Zech A. Intrinsic Risk Factors for Ankle Sprain Differ Between Male and Female Athletes: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Sports Medicine - Open. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2022. doi:10.1186/s40798-022-00530-y

21. Kew ME, Dave U, Marmor W, Olsen R, Jivanelli B, Tsai SHL, et al. Sex Differences in Mental Health Symptoms in Elite Athletes: A Systematic Review and Meta-analysis. Sports Health. SAGE Publications Inc.; 2025. p. 732–43. doi:10.1177/19417381241264491 PubMed PMID: 39129353.
22. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. Manual Therapy. 2010. p. 220–8. doi:10.1016/j.math.2009.12.004 PubMed PMID: 20163979.
23. Shahidi B, Padwal J, Lee E, Xu R, Northway S, Taitano L, et al. Factors impacting adherence to an exercise-based physical therapy program for individuals with low back pain. PLoS One. 2022 Oct 1;17(10 October). doi:10.1371/journal.pone.0276326 PubMed PMID: 36264988.
24. Balinski M, Blanchard L, Mendoza R, Zaranec M, Duncombe A, Madhavan S. Factors Associated With Physical Therapy Attendance Rate and Self-Discharge in People With Chronic Pain. JOSPT Open. 2024 Oct;2(4):332–9. doi:10.2519/josptopen.2024.1136
25. Delgado DA, Lambert BS, Boutris N, McCulloch PC, Robbins AB, Moreno MR, et al. Validation of Digital Visual Analog Scale Pain Scoring With a Traditional Paper-based Visual Analog Scale in Adults. J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev. 2018 Mar 1;2(3). doi:10.5435/JAAOSGlobal-D-17-00088 PubMed PMID: 30211382.
26. Contreras J, Valcárcel F, Domine M, Escobar Y. Sensitivity to change of the spanish validated memorial pain assessment card in cancer patients. Clinical and Translational Oncology. 2008 Oct;10(10):654–9. doi:10.1007/s12094-008-0266-x PubMed PMID: 18940746.
27. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. Med Clin (Barc). 2008 May 24;130(19):726–35. doi:10.1157/13121076 PubMed PMID: 18570798.
28. Burkhalter N, Evaluación N. EVALUACIÓN DE LA ESCALA BORG DE ESFUERZO PERCIBIDO APLICADA A LA REHABILITACIÓN CARDIACA.
29. Pérez-Villalobos C, Briede-Westermeyer JC, Schilling-Norman MJ, Contreras-Espinoza S. Multidimensional scale of perceived social support: evidence of validity and reliability in a Chilean adaptation for older adults. BMC Geriatr. 2021 Dec 1;21(1). doi:10.1186/s12877-021-02404-6 PubMed PMID: 34380422.

30. martin2005.
31. Menadue C, Raymond J, Kilbreath SL, Refshauge KM, Adams R. Reliability of two goniometric methods of measuring active inversion and eversion range of motion at the ankle. BMC Musculoskelet Disord. 2006 Jul 28;7. doi:10.1186/1471-2474-7-60 PubMed PMID: 16872545.
32. Spink MJ, Fotoohabadi MR, Menz HB. Foot and ankle strength assessment using hand-held dynamometry: Reliability and age-related differences. Gerontology. 2010 Oct;56(6):525–32. doi:10.1159/000264655 PubMed PMID: 19955706.
33. Alnahdi AH, Alderaa AA, Aldali AZ, Alsobayel H. Reference values for the Y Balance Test and the lower extremity functional scale in young healthy adults.
34. Picot B, Hardy A, Terrier R, Tassignon B, Lopes R, Fourchet F. Which Functional Tests and Self-Reported Questionnaires Can Help Clinicians Make Valid Return to Sport Decisions in Patients With Chronic Ankle Instability? A Narrative Review and Expert Opinion. Frontiers in Sports and Active Living. Frontiers Media S.A.; 2022. doi:10.3389/fspor.2022.902886 PubMed PMID: 35721875.
35. Gokeler A, Dingenen B, Hewett TE. Rehabilitation and Return to Sport Testing After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: Where Are We in 2022? Arthrosc Sports Med Rehabil. 2022 Jan 1;4(1):e77–82. doi:10.1016/j.asmr.2021.10.025
36. ijspt-10-955.
37. Saw AE, Main LC, Gastin PB. Monitoring athletes through self-report: Factors influencing implementation. ©Journal of Sports Science and Medicine [Internet]. 2015. Available from: http://www.jssm.org
38. Choi BC, Pak AW, Cdc for. A Catalog of Biases in Questionnaires. 2005.
39. Stathas I, Kalliakmanis A, Kekelekis A, Afentaki DD, Tsepis E, Fousekis K. Effectiveness of an On-Field Rehabilitation framework for return to sports in injured male professional football players: a single-blinded, prospective, randomised controlled trial. BMJ Open Sport Exerc Med. 2024 Jan 19;10(1). doi:10.1136/bmjsem-2023-001849
40. Ali AM, Alkhamees AA, Hori H, Kim Y, Kunugi H. The depression anxiety stress scale 21: Development and validation of the depression anxiety stress scale 8-item in psychiatric patients and the general public for easier mental health measurement in a post COVID-19 world. Int J Environ Res Public Health. 2021 Oct 1;18(19). doi:10.3390/ijerph181910142 PubMed PMID: 34639443.

41. D'Hooghe P, Cruz F, Alkhelaifi K. Return to Play After a Lateral Ligament Ankle Sprain. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine. Springer; 2020. p. 281–8. doi:10.1007/s12178-020-09631-1
42. Gaddi D, Mosca A, Piatti M, Munegato D, Catalano M, Di Lorenzo G, et al. Acute Ankle Sprain Management: An Umbrella Review of Systematic Reviews. Frontiers in Medicine. Frontiers Media S.A.; 2022. doi:10.3389/fmed.2022.868474 PubMed PMID: 35872766.
43. Hysing-Dahl T, Magnussen LH, Faleide AGH, Inderhaug E. Feasibility of return to sports assessment 6 months after patellar instability surgery. BMC Musculoskelet Disord. 2023 Dec 1;24(1). doi:10.1186/s12891-023-06767-2 PubMed PMID: 37596551.
44. Weiß M, Büttner M, Richlan F. The Role of Sport Psychology in Injury Prevention and Rehabilitation in Junior Athletes. Behavioral Sciences. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024. doi:10.3390/bs14030254
45. Johnson U, Ivarsson A. The psychological dimensions of sports injury risk: models, mechanisms, and interventions. Frontiers in Sports and Active Living. Frontiers Media SA; 2025. doi:10.3389/fspor.2025.1690064
46. Brooks TJ, Bradstreet TC, Partridge JA. Current concepts and practical applications for recovery, growth, and peak performance following significant athletic injury. Front Psychol. 2022 Aug 22;13. doi:10.3389/fpsyg.2022.929487
47. Tranaeus U, Gledhill A, Johnson U, Podlog L, Wadey R, Wiese Bjornstal D, et al. 50 Years of Research on the Psychology of Sport Injury: A Consensus Statement. Sports Medicine. 2024 Jul 1;54(7):1733–48. doi:10.1007/s40279-024-02045-w PubMed PMID: 38862845.
48. M4T21_Texto.
49. Forsdyke D, Smith A, Jones M, Gledhill A. Psychosocial factors associated with outcomes of sports injury rehabilitation in competitive athletes: A mixed studies systematic review. British Journal of Sports Medicine. BMJ Publishing Group; 2016. p. 537–44. doi:10.1136/bjsports-2015-094850 PubMed PMID: 26887414.
50. Dhillon H, Dhilllon S, Dhillon M. Current concepts in sports injury rehabilitation. Indian Journal of Orthopaedics. Medknow Publications; 2017. p. 529–36. doi:10.4103/ortho.IJOrtho_226_17

51. Walker A, Hing W, Lorimer A. The Influence, Barriers to and Facilitators of Anterior Cruciate Ligament Rehabilitation Adherence and Participation: a Scoping Review. Sports Medicine - Open. Springer; 2020. doi:10.1186/s40798-020-00258-7
52. van Beijsterveldt AMC, Krist MR, Schmikli SL, Stubbe JH, de Wit GA, Inklaar H, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of an injury prevention programme for adult male amateur soccer players: Design of a cluster-randomised controlled trial. Injury Prevention. 2011;17(1). doi:10.1136/ip.2010.027979 PubMed PMID: 21177664.

ANEXOS

ANEXO 01: DASS-21 *(creación propia)*

DASS-21

Iniciales del nombre y apellidos: ..... Fecha: .....

Por favor, lea cada una de las siguientes frases y rodee con un círculo el número 0, 1, 2 ó 3 que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a usted durante los últimos 7 días. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase.

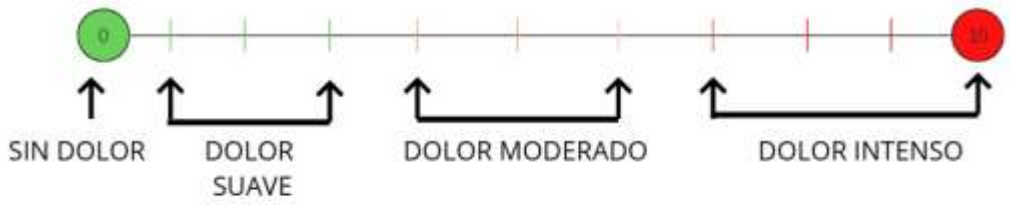
- 0 = Nada aplicable a mí
- 1 = Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- 2 = Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- 3 = Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

1	Me ha costado mucho descargar la tensión	0 1 2 3
2	He notado la boca seca	0 1 2 3
3	No he podido sentir ninguna emoción positiva	0 1 2 3
4	He tenido dificultades para respirar (p.ej., respiración excesivamente rápi da, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico)	0 1 2 3
5	Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas	0 1 2 3
6	He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones	0 1 2 3
7	He tenido temblores (p.ej., en las manos)	0 1 2 3
8	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0 1 2 3
9	He estado preocupado/a por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo	0 1 2 3
10	He sentido que no había nada que me ilusionara	0 1 2 3
11	Me he sentido agitado/a	0 1 2 3
12	Me ha resultado difícil relajarme	0 1 2 3
13	Me he sentido desanimado/a y triste	0 1 2 3
14	No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo	0 1 2 3
15	He sentido que estaba al borde del pánico	0 1 2 3
16	He sido incapaz de entusiasmarme por nada	0 1 2 3
17	He sentido que no valía mucho como persona	0 1 2 3
18	He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad	0 1 2 3
19	He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (p.ej., aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido)	0 1 2 3
20	Me he sentido asustado/a sin una razón de peso	0 1 2 3
21	He sentido que la vida no tenía ningún sentido	0 1 2 3

ANEXO 02: General Self-Efficacy Scale (GSE) *(creación propia)*

		Not at all true	Hardly true	Moderately true	Exactly true
1	I can always manage to solve difficult problems if I try hard enough.	☐	☐	☐	☐
2	If someone opposes me, I can find the means and ways to get what I want.	☐	☐	☐	☐
3	It is easy for me to stick to my aims and accomplish my goals.	☐	☐	☐	☐
4	I am confident that I could deal efficiently with unexpected events.	☐	☐	☐	☐
5	Thanks to my resourcefulness, I know how to handle unforeseen situations.	☐	☐	☐	☐
6	I can solve most problems if I invest the necessary effort.	☐	☐	☐	☐
7	I can remain calm when facing difficulties because I can rely on my coping abilities.	☐	☐	☐	☐
8	When I am confronted with a problem, I can usually find several solutions.	☐	☐	☐	☐
9	If I am in trouble, I can usually think of a solution	☐	☐	☐	☐
10	I can usually handle whatever comes my way.	☐	☐	☐	☐

ANEXO 03 Escala Visual Analógica (EVA) *(creación propia)*



ANEXO 04: SF-12 *(creación propia)*

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es	Excelente	Buena	Mala
2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	Sí, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?	Si	No	
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	Si	No	
6. Durante las 4 últimas semanas, hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Si	No	
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Si	No	
8. Durante las 4 últimas semanas, hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	Nada	Regular	Mucho
9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	Siempre	Algunas veces	Nunca
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	Siempre	Algunas veces	Nunca
11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	Siempre	Algunas veces	Nunca
12. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Siempre	Algunas veces	Nunca

ANEXO 05: Escala Borg *(creación propia)*

Escala Clásica de Borg	
6	Ningún esfuerzo
7	Esfuerzo muy, muy suave
8	
9	Esfuerzo muy suave
10	
11	Esfuerzo bastante suave
12	
13	Esfuerzo algo duro
14	
15	Esfuerzo duro
16	
17	Esfuerzo muy duro
18	
19	Esfuerzo muy, muy duro
20	Esfuerzo máximo

ANEXO 06: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) *(creación propia)*

MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT (MSPSS)

	Muy en desacuerdo (1)	Bastante en desacuerdo (2)	Algo en desacuerdo (3)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4)	Algo de acuerdo (5)	Bastante de acuerdo (6)	Muy de acuerdo (7)
1. Existe una persona especial que está cerca de mí cuando la necesito.							
2. Existe una persona especial con la cual puedo compartir alegrías y tristezas.							
3. Mi familia trata realmente de ayudarme							
4. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia.							
5. Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí.							
6. Mis amigos tratan realmente de ayudarme.							
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.							
8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.							
9. Tengo amigos con los cuales puedo compartir mis alegrías y mis penas.							
10. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa de mis sentimientos.							
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.							
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.							

FAMILIA: ÍTEMS: 3, 4, 8, 11.
AMIGOS: ÍTEMS: 6, 7, 9, 12.
OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS: ÍTEMS: 1, 2, 5, 10

ANEXO 07: TSK *(creación propia)*

Escala Tampa de Kinesiofobia

Nombre:.....Fecha:.....

INSTRUCCIONES: a continuación se enumeran una serie de afirmaciones. Lo que Ud. ha de hacer es indicar hasta qué punto eso ocurre en su caso según la siguiente escala

1 2 3 4

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

1. Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.	0 1 2 3 4
2.Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.	0 1 2 3 4
3. Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.	0 1 2 3 4
4. Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.	0 1 2 3 4
5. Tengo miedo a lesionarme sin querer.	0 1 2 3 4
6. Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.	0 1 2 3 4
7. No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.	0 1 2 3 4
8. El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme	0 1 2 3 4
9. No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.	0 1 2 3 4
10. No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.	0 1 2 3 4
11. Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.	0 1 2 3 4

ANEXO 08: Declaración de consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña. ....., de ..... años de edad y con DNI nº .....

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación "Sintomatología ansioso-depresiva durante rehabilitación post lesión de esguince de tobillo en futbolistas jóvenes. Un protocolo de estudio de ensayo clínico aleatorizado".

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Torrelavega, a de de 20

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, ……

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación

ANEXO 09: Hoja de información al/la paciente

HOJA DE INFORMACION AL/LA PACIENTE

Título del Proyecto: "Sintomatología ansioso-depresiva durante rehabilitación post lesión de esguince de tobillo en futbolistas jóvenes. Un protocolo de estudio de ensayo clínico aleatorizado".

Investigador Principal: Miguel Manceñido García y Oihane Zubiria Labiano

Yo, _____

(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:

-Los objetivos del estudio y sus procedimientos.

-Los beneficios e inconvenientes del proceso.

-Que mi participación es voluntaria y altruista

- El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.

-Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.

-Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

SÍ **NO**

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha ……

Firma……

Nombre investigador …….

Firma del investigador…...……

ANEXO 10. Hoja de renuncia.

HOJA DE RENUNCIA

Yo, _____,
con D.N.I. nº _____, comunico mi decisión de interrumpir mi participación en la intervención en la que estaba tomando parte.

Afirmo que nadie me ha presionado ni se me ha exigido que explique mis motivos personales para abandonar, cumpliéndose así las normas y procedimientos establecidos para la participación en dicha intervención.

He comentado mi decisión con: Miguel Manceñido García y Oihane Zubiria Labiano

Entiendo y acepto que puedo dejar la intervención:

- En el momento que yo lo decida.
- Sin necesidad de ofrecer ninguna explicación.
- Sin que esto afecte a mi relación con el profesional.
- Sin que implique sanciones ni pérdida de beneficios.

Nombre, apellidos y firma:

D.N.I.: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Firma del/de la profesional: