

Factores psicológicos y readaptación en la tendinopatía rotuliana en deportistas: revisión bibliográfica.



Titulación: Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte

Curso académico: 2025-2026

Alumno: Isidro Soler García

Tutor académico: Antonia Pelegrín Muñoz

ÍNDICE

1.	CONTEXTUALIZACIÓN	1
2.	OBJETIVOS.....	4
2.1	Objetivos generales.....	4
2.2	Objetivos específicos.....	4
3.	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN (METODOLOGÍA)	5
3.1	Diseño de estudio.....	5
3.2	Criterios de selección	7
3.3	Selección final de artículos	7
3.4	Diagrama de flujo	8
4.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA (DESARROLLO)	9
4.1	Descripción de los resultados encontrados.....	13
5.	DISCUSIÓN	15
6.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	16
6.1	Clasificación de las fases de la tendinopatía rotuliana	16
6.2	Desarrollo de la intervención.....	20
6.3	Control y seguimiento	20
6.4	Estrategias psicológicas complementarias	20
6.5	Resultados esperados	21
6.6	Fortalezas y debilidades	21
6.7	Justificación de la propuesta.....	21
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	22
8.	ANEXOS.....	24

1. CONTEXTUALIZACIÓN

La actividad física y el deporte tienen muchos beneficios para la salud y el bienestar. Aun así, la práctica deportiva también puede favorecer la aparición de lesiones, sobre todo cuando se repiten muchas veces los mismos gestos. Esto ocurre con frecuencia en deportes como el atletismo, el voleibol o el baloncesto, donde las piernas están sometidas a una gran carga. En estos casos, las lesiones por sobreuso son bastante habituales y pueden afectar tanto al rendimiento como a la continuidad deportiva (Rudavsky & Cook, 2014)

Una de las lesiones más frecuentes es la tendinopatía rotuliana, conocida también como “rodilla del saltador”. Se caracteriza por la aparición de dolor en la parte inferior de la rótula, especialmente al correr, saltar o realizar cambios de dirección (Cook & Purdam, 2008). Aunque suele relacionarse con deportes de salto, también aparece en corredores de fondo. En este tipo de deportistas la carga se repite muchas veces durante los entrenamientos, por lo que el tendón puede acabar sobrecargándose.

La tendinopatía rotuliana no aparece por una sola causa. Se trata de una lesión multifactorial. Es decir, intervienen varios elementos al mismo tiempo. Por un lado, influye la cantidad de entrenamiento y la forma de gestionar la carga. Por otro, también son importantes aspectos como la biomecánica, la técnica de carrera o la capacidad del tendón para adaptarse al esfuerzo. Cuando el tendón recibe más carga de la que puede soportar, empiezan a aparecer cambios en su estructura y, con ello, el dolor (Malliaras et al, 2015).

El principal problema de esta lesión es que muchas veces no desaparece rápido. Algunos deportistas continúan entrenando con molestias durante semanas o incluso meses. Esto puede hacer que reduzcan el volumen de entrenamiento, cambien la forma de correr o de saltar e incluso que tengan que dejar de competir durante un tiempo. Por tanto, no solo afecta a nivel físico, sino también al rendimiento y a la confianza del deportista (Rudavsky & Cook, 2014).

Hasta hace unos años, la recuperación de la tendinopatía rotuliana se centraba casi únicamente en los aspectos físicos. El objetivo principal era reducir el dolor y mejorar la capacidad del tendón mediante ejercicios de fuerza y un buen control de la carga de entrenamiento. Dentro de este proceso, los ejercicios isométricos también pueden tener un papel importante para el manejo del dolor durante las primeras fases de la readaptación (Rio et al., 2015). Sin embargo, en los últimos años han empezado a utilizarse otras estrategias. Una de ellas es el entrenamiento pliométrico, que consiste en realizar ejercicios con movimientos rápidos y explosivos. Malliaras et al. (2015) señalan que, si se introduce de forma progresiva, este tipo de trabajo puede ayudar a recuperar la capacidad funcional del tendón y facilitar la vuelta al deporte.

Sin embargo, la recuperación no depende solo del estado físico del deportista. Cada vez hay más estudios que muestran que los factores psicológicos también tienen un papel importante. El dolor no se explica únicamente por una lesión en el tendón. La forma en que el deportista interpreta ese dolor, su nivel de preocupación o el miedo a volver a lesionarse también pueden influir en la recuperación. Esto es lo que defiende el modelo biopsicosocial del dolor (Vlaeyen et al., 2000).

Muchos deportistas con esta lesión sienten inseguridad cuando vuelven a correr o a realizar ejercicios intensos. A veces aparece miedo a saltar, a cambiar de ritmo o a volver a competir. También pueden surgir pensamientos negativos, como creer que el dolor no va a desaparecer o que la lesión volverá en cualquier momento. Todo esto puede hacer que el deportista evite determinados movimientos y que la recuperación sea más lenta. De hecho, Luque-Suarez et al. (2019) señalan que las personas con más miedo al movimiento y más pensamientos negativos sobre el dolor pueden presentar peor funcionalidad.

Además, cuando la lesión dura mucho tiempo, es normal que aparezcan otras emociones. La frustración, la ansiedad o la sensación de no estar preparado son bastante frecuentes. Vlaeyen et al. (2000) señalan que las respuestas psicológicas relacionadas con el dolor pueden influir en la conducta y en la recuperación del deportista.

A esto se añade otro aspecto importante. En muchos casos, los deportistas intentan seguir entrenando, aunque tengan dolor, sobre todo cuando la lesión aparece en mitad de la temporada o cuando tienen competiciones importantes cerca. Esto hace que, en lugar de recuperarse, el tendón siga recibiendo carga y los síntomas empeoren poco a poco. Al principio el dolor suele aparecer solo después del entrenamiento, pero con el paso del tiempo puede comenzar durante la actividad e incluso mantenerse en reposo. Cuando esto ocurre, la lesión suele resultar más difícil de tratar y el tiempo de recuperación aumenta (Malliaras et al., 2015).

Por otro lado, la vuelta al deporte no siempre depende únicamente de que desaparezca el dolor. Muchos deportistas vuelven a entrenar cuando todavía sienten molestias o cuando no se encuentran del todo preparados. Esto puede generar inseguridad y hacer que tengan miedo a volver a lesionarse. Como consecuencia, es frecuente que eviten ciertos ejercicios o que no sean capaces de rendir igual que antes. Por este motivo, durante la readaptación es importante no centrarse solo en el estado del tendón, sino también en cómo se siente el deportista y en el grado de confianza que tiene para volver a practicar su deporte con normalidad (Luque-Suarez et al., 2019).

En relación con esto, algunos trabajos señalan que el entrenamiento pliométrico no solo puede mejorar la capacidad física, sino también ayudar a recuperar esa confianza perdida. Cuando el deportista vuelve a realizar saltos, cambios de ritmo o ejercicios similares a los de su deporte de forma progresiva, empieza a comprobar que puede moverse sin tanto dolor o miedo. Malliaras et al. (2015) señalan que una progresión adecuada de los ejercicios puede favorecer que el deportista aumente la seguridad y afronte mejor la vuelta a la práctica deportiva.

Además, en deportistas de resistencia, como los corredores de fondo, esta lesión puede tener una repercusión todavía mayor. A diferencia de otros deportes, correr implica repetir miles de veces el mismo gesto durante cada entrenamiento. Por eso, pequeñas molestias en el tendón pueden acabar afectando mucho al volumen de entrenamiento, al ritmo o incluso a la capacidad para completar determinadas sesiones. En ocasiones, el deportista intenta compensar el dolor cambiando la técnica de carrera, pero esto puede provocar molestias en otras zonas o favorecer nuevas lesiones (Rudavsky & Cook, 2014).

Por tanto, parece claro que la prevención de la tendinopatía rotuliana no debe centrarse únicamente en evitar el dolor cuando ya ha aparecido. También es importante enseñar al deportista a reconocer las primeras molestias, controlar la carga de entrenamiento y mantener una buena progresión. Del mismo modo, trabajar aspectos como la confianza, la percepción del dolor o el miedo a volver a entrenar puede ser útil para evitar recaídas y conseguir una recuperación más completa (Malliaras et al., 2015; Vlaeyen et al., 2000).

En mi caso, este tema también tiene una parte personal. Como corredor y entrenador de atletas de fondo, he visto esta lesión muchas veces. Yo mismo la he sufrido en dos ocasiones. Por eso considero que no basta con trabajar únicamente la parte física. Es importante ayudar al deportista a recuperar la confianza, entender mejor el dolor y volver a entrenar de forma progresiva.

Por todo ello, parece necesario abordar la tendinopatía rotuliana desde una perspectiva más completa. La recuperación debe incluir tanto el trabajo físico como el psicológico. La readaptación física puede ser útil, pero también lo es tener en cuenta el bienestar emocional del deportista. En este sentido, resulta interesante analizar qué dice la literatura científica sobre la prevención y la readaptación de esta lesión y cómo influyen las variables psicológicas en el proceso.



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos generales

Analizar la evidencia científica existente sobre la prevención y rehabilitación de la tendinopatía rotuliana en deportistas, con especial atención al papel de las variables psicológicas en relación con el bienestar emocional y el uso del entrenamiento pliométrico con los programas de readaptación para volver a la práctica.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar los principales factores asociados al desarrollo de la tendinopatía rotuliana en deportistas.
- Analizar la influencia de variables psicológicas como el miedo al movimiento, el catastrofismo del dolor o la confianza para volver a la práctica deportiva en el proceso de recuperación.
- Revisar la evidencia científica sobre el uso del entrenamiento pliométrico en la prevención y readaptación de la tendinopatía rotuliana.
- Proponer recomendaciones prácticas para la prevención y readaptación de esta lesión en el ámbito del entrenamiento deportivo.



3. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN (METODOLOGÍA)

3.1 Diseño de estudio

Este trabajo de fin de grado se ha realizado mediante una revisión bibliográfica. El objetivo fue conocer qué dice la literatura científica sobre la prevención y la readaptación de la tendinopatía rotuliana en deportistas, prestando especial atención al papel del bienestar emocional, los factores psicológicos y el entrenamiento pliométrico.

Para llevar a cabo la revisión se siguieron las recomendaciones de la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Esta guía permite organizar de forma clara el proceso de búsqueda y selección de los artículos, mostrando de dónde se obtiene la información y por qué unos estudios son incluidos y otros excluidos (Page et al., 2021).

- Búsqueda bibliográfica

La búsqueda de artículos se realizó entre los meses de febrero y marzo de 2026. Para ello se utilizaron las bases de datos recomendadas en los seminarios del TFG y otras bases científicas:

Base de datos	Fórmula de búsqueda	N.º de artículos	Artículos seleccionados
Science direct	Kinesiophobia and pain catastrophizing are associated with pain and function in athletes with patellar tendinopathy	13	2
	individuals patellar tendinopathy rehabilitation program Belief Experiences Patellar tendinopathy Exercise	14	1
	psychological factors Psychologic Pain Anterior knee pain kinesiophobia and pain catastrophism	7	1
BMJ Journals	patellofemoral pain, loss, confusion barriers	18	2

PubMed	"chronic pain" AND "tendinopathy" AND "catastrophizing"	4	0
	"Patellar Tendinopathy" AND " knee pain"AND"eccentric exercises"	5	1
Mendeley	Psychological Lower Tendinopathy	13	1
N.º total de artículos		74	8

Tabla 1: Búsqueda exhaustiva de estudios. **Fuente:** Elaboración propia.

Se eligieron estas bases de datos porque reúnen gran parte de la investigación publicada sobre ciencias del deporte, fisioterapia, rehabilitación y psicología.

Las palabras clave se escribieron en inglés, ya que la mayoría de los artículos relacionados con la tendinopatía rotuliana están publicados en este idioma. Las principales palabras utilizadas fueron:

- Patellar tendinopathy pain
- Athletes with patellar tendinopathy
- Belief Experiences Patellar tendinopathy Exercise
- Psychological factors
- Psychological Lower Tendinopathy
- kinesiphobia and pain catastrophism
- Psychologic pain Anterior knee pain
- Patellofemoral pain, loss, confusion barriers

En el buscador de cada base también utilice los operadores booleanos AND y OR.

Algunas de las búsquedas realizadas fueron las siguientes:

- "patellar tendinopathy" AND "psychological factors"
- "jumper's knee" AND "emotional well-being"
- "patellar tendinopathy" AND "plyometric training"
- "patellar tendinopathy" AND "return to sport"
- "chronic pain" AND "tendinopathy" AND "catastrophizing"
- "Patellar Tendinopathy" AND " knee pain "AND"eccentric exercises"

3.2 Criterios de selección

Este estudio empleó determinados criterios a la hora de seleccionar artículos:

- inclusión:
 - Estuvieran publicados entre 2015 y 2026.
 - Estuvieran relacionados con la tendinopatía rotuliana.
 - Analizaran la prevención, la readaptación o el tratamiento de esta lesión.
 - Incluyeran variables psicológicas, bienestar emocional o entrenamiento pliométrico.
 - Se realizarán en deportistas o personas físicamente activas.
 - Estuvieran escritos en inglés o en español.
- Exclusión:
 - Los artículos centrados en otras lesiones o tendinopatías en otra parte del cuerpo, aunque de forma puntual se incluyó algún estudio con variables psicológicas relevantes por su posible aplicación a la tendinopatía rotuliana.
 - Los trabajos que no trataran aspectos psicológicos, readaptación o entrenamiento.
 - Los artículos duplicados.
 - Metaanálisis, revistas y revisiones sistemáticas.

3.3 Selección final de artículos

En una primera búsqueda se localizaron un total de 74 artículos que se consiguieron tras acotar la búsqueda de los artículos seleccionados. Filtré en cada base de datos: años de publicación: 2015-2026; idioma: inglés-español; artículos de investigación. Después de eliminar los duplicados y revisar el título y el resumen de cada uno, quedaron 14 artículos potencialmente útiles.

Posteriormente, se realizó una lectura exhaustiva de los diferentes estudios y finalmente, se seleccionaron 8 artículos por ser los que mejor se ajustaban al objetivo del trabajo ya que trataban de forma específica la tendinopatía rotuliana, los factores psicológicos o el entrenamiento pliométrico.

Este Trabajo de Fin de Grado tiene asignado el siguiente Código de Investigación Responsable (COIR): TFG.GAF.APM.ISG.260526 (Anexo 1).

3.4 Diagrama de flujo

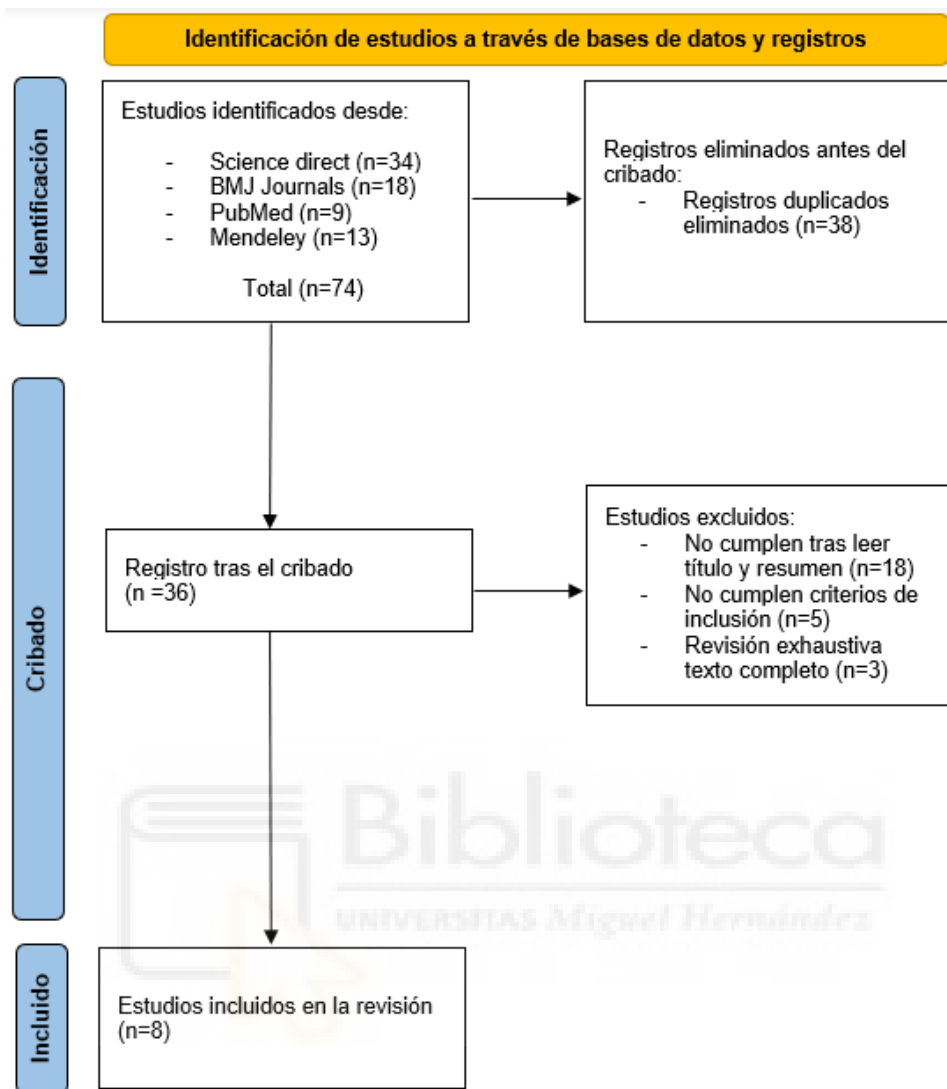


Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de búsqueda según la metodología PRISMA.

Fuente: elaboración propia

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA (DESARROLLO)

AUTOR Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	MUESTRA/PARTICIPANTES	VARIABLES ANALIZADAS	RESULTADOS PRINCIPALES
Slagers et al. (2021)	Estudio transversal	Analizar la influencia de variables psicológicas sobre el dolor, la función y la vuelta al deporte en personas con tendinopatía	n = 119 pacientes: 85 con tendinopatía aquilea y 34 con tendinopatía rotuliana. Edad media: 44 ± 14 años	TSK (miedo al movimiento), PCS (catastrofismo), I-PRRS (confianza para volver al deporte)	Las variables psicológicas explican parte importante de la gravedad de la lesión (~40%)
Priore et al. (2018)	Estudio observacional	Estudiar la relación entre kinesiofobia, catastrofismo y rendimiento funcional en mujeres con dolor de rodilla	n = 95 mujeres: 55 con dolor femoropatelar y 40 controles. Edad: 21,86 ± 2,76 años en grupo con dolor; 22,05 ± 3,11 años en controles	TSK (kinesiofobia: miedo al movimiento) PCS (catastrofismo)	TSK: mayor miedo → menor rendimiento. PCS: pensamientos negativos asociados a peor función física
Tayfur et al. (2023)	Estudio de casos y controles	Evaluar la relación entre factores físicos y psicológicos en la gravedad de la tendinopatía rotuliana	n = 221 deportistas: 132 con tendinopatía rotuliana y 89 con otros problemas de rodilla. Edad: 30,7 ± 8,9 años en PT; 31,8 ± 9,9 en controles. Sexo PT: 52 mujeres y 80 hombres	Cuestionarios de calidad de vida y función (no especificados)	Las variables psicológicas explican parte importante de la gravedad de la lesión (~40%)
Ruffino et al. (2025)	Estudio cualitativo	Explorar la experiencia y percepción de los deportistas durante el proceso de rehabilitación	n = 8 personas con tendinopatía rotuliana tras programa de rehabilitación. Hombres y mujeres, mayores de 18 años	Entrevistas cualitativas (sin cuestionarios)	Los deportistas presentan miedo, inseguridad y dudas en la vuelta al deporte

Smith et al. (2018)	Estudio cualitativo	Analizar las emociones y dificultades percibidas por los deportistas durante la recuperación.	n = 10 participantes con dolor femoropatelar, entre 18 y 40 años	Entrevistas cualitativas	Aparecen emociones negativas como frustración y pérdida de confianza
Smith et al. (2019)	Estudio cualitativo	Examinar las barreras psicológicas y la adherencia al tratamiento durante la readaptación.	n = 20 participantes: 10 pacientes con dolor femoropatelar y 10 fisioterapeutas. Pacientes entre 18 y 40 años.	Entrevistas cualitativas	Miedo al dolor y a recaer → menor adherencia al tratamiento
Mest et al. (2020)	Estudio transversal	Analizar cómo el estado emocional puede influir en el proceso de recuperación de la lesión	Pacientes mayores de 18 años con tendinopatía del miembro inferior	Cuestionarios de bienestar emocional (no especificados)	Peor estado emocional → recuperación más lenta
Chimenti et al. (2021)	Estudio transversal	Investigar la relación entre factores psicológicos, dolor y función en personas con tendinopatía	n = 442 participantes con tendinopatía aquilea	TSK y PCS	TSK: mayor miedo → peor función. PCS: mayor catastrofismo → mayor percepción del dolor ($p < 0,001$)

Tabla 2: Síntesis resultados. **Fuente:** Elaboración propia.

- **Palabras clave:** TSK (Tampa Scale of Kinesiophobia), PCS (Pain Catastrophizing Scale), I-PRRS (Injury-Psychological Readiness to Return to Sport Scale)

Tras revisar los artículos seleccionados, se puede ver que la tendinopatía rotuliana no depende de una única causa. Su aparición y evolución están relacionadas con diferentes factores. Entre ellos destacan la carga de entrenamiento, la repetición de determinados gestos, la forma de entrenar y también algunos aspectos psicológicos. La mayoría de los estudios coinciden en que entrenar por encima de la capacidad de adaptación del tendón o no gestionar bien la carga aumenta el riesgo de sufrir esta lesión.

Además, varios artículos señalan que la recuperación no depende solo del estado físico del deportista. Variables como el miedo a moverse, la preocupación constante por el dolor, la ansiedad o la falta de confianza pueden hacer que la vuelta al deporte sea más lenta. En algunos casos, aunque el tendón haya mejorado, el deportista sigue sintiéndose inseguro y evita ciertos movimientos o intensidades.

Por otra parte, los estudios que analizan la readaptación muestran que no es suficiente con disminuir el dolor. Para conseguir una recuperación completa parece necesario combinar el trabajo de fuerza con una progresión adecuada de la carga y con la introducción gradual de ejercicios pliométricos. Estos ejercicios deben adaptarse a cada deportista, a su nivel y al momento de la recuperación en el que se encuentre.



ESTUDIOS MÁS RELEVANTES	N	VARIABLE PSICOLÓGICA	RESULTADO NUMÉRICO
Slagers et al. (2021)	119	Confianza y miedo para volver al deporte	El 90% quería volver a su nivel previo, pero solo el 41% seguía entrenando con normalidad. Además, el nivel medio de kinesiophobia fue de $35,3 \pm 6,0$ puntos. TSK = $35,3 \pm 6,0$; PCS = $13,6 \pm 10,0$; I-PRRS = $39,2 \pm 12,3$.
Priore et al. (2018)	95	Kinesiophobia y catastrofismo	Las mujeres con dolor femoropatelar presentaron mayor kinesiophobia (ES = 1,16) y mayor catastrofismo (ES = 1,57) que el grupo control. Grupo con dolor: TSK = $36,53 \pm 6,91$; PCS = $14,23 \pm 9,01$. Controles: TSK = $27,30 \pm 3,93$; PCS = $0,83 \pm 2,09$.
Chimenti et al. (2021)	442	Miedo al movimiento	Los sujetos con mayor miedo al movimiento presentaron valores de catastrofismo de 12 puntos frente a 4 en el grupo con menos miedo ($p < 0,001$).
		Capacidad funcional	El 93,2% del grupo con menor miedo fue capaz de realizar elevaciones de talón, frente al 24,4% del grupo con mayor miedo.
Tayfur et al. (2023)	221	Factores biopsicosociales	La gravedad de la lesión se explicó en un 44% por la calidad de vida, la función deportiva y la edad.

Tabla 3: Estudios más relevantes. **Fuente:** Elaboración propia.

Los resultados numéricos muestran una idea bastante clara. Las variables psicológicas no son un aspecto secundario, sino que parecen influir de forma importante en la evolución de la lesión. En casi todos los estudios, los deportistas con más miedo al movimiento o con menor confianza presentaron peores resultados.

Esto se observa especialmente en los trabajos de Slagers et al. (2021) y Chimenti et al. (2021). Los participantes con más miedo no solo referían más dolor, sino que además tenían más dificultades para realizar ejercicios o volver a entrenar con normalidad. Por ejemplo, la diferencia entre completar o no determinados ejercicios fue muy grande entre los grupos con baja y alta kinesiophobia.

Algo parecido ocurre con el catastrofismo. Cuando el deportista piensa constantemente que el dolor va a empeorar o que no volverá a recuperarse, la evolución suele ser más lenta. Priore et al. (2018) ya encontraron que las personas con más pensamientos negativos tenían también peor función física.

Por tanto, parece que trabajar únicamente la fuerza o la carga de entrenamiento no es suficiente. Para conseguir una recuperación completa también es necesario mejorar la confianza del deportista, reducir el miedo a determinados movimientos y ayudarle a volver poco a poco a las situaciones que le generan inseguridad.

Además, parece que estos factores siguen teniendo importancia incluso cuando el deportista ya ha mejorado físicamente. En algunos casos, el dolor disminuye y el tendón responde mejor, pero aun así la persona no se siente preparada para volver a entrenar o competir como antes. Sigue habiendo dudas. También miedo.

Ruffino et al. (2025) observaron que varios deportistas continuaban sintiéndose inseguros después de terminar la rehabilitación. Algo parecido describen Smith et al. (2018) y Smith et al. (2019). En sus estudios aparecen con frecuencia la frustración, la pérdida de confianza y el temor a que la lesión vuelva a aparecer.

Por eso, parece difícil conseguir una recuperación completa si solo se trabaja la parte física. El deportista necesita volver a sentirse capaz. Necesita recuperar la confianza poco a poco y comprobar, a través del entrenamiento y de la readaptación, que puede volver a correr, saltar o competir sin tener constantemente la sensación de que va a lesionarse otra vez.

4.1 Descripción de los resultados encontrados

Tras analizar los estudios seleccionados, Se notó que la mayoría de ellos se enfocan en la tendinopatía rotuliana; no obstante, algunos textos también abordan otros tipos de lesiones, como el dolor femoropatelar o la tendinopatía aquilea. A pesar de ello, todos los trabajos estudian variables relacionadas con el dolor, la función física, la recuperación y los factores psicológicos durante el proceso de readaptación.

En relación con los objetivos del trabajo, los artículos coinciden en destacar la importancia de una adecuada gestión de la carga y de una progresión individualizada durante la recuperación. Además, varios estudios han incluido ejercicios de fuerza y trabajo pliométrico en el proceso de readaptación funcional.

Por otra parte, la mayoría de los estudios analizados incluyen variables psicológicas relacionadas con el miedo al movimiento, la confianza o la percepción del dolor. Para ello, los cuestionarios más utilizados fueron: Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) y Pain Catastrophizing Scale (PCS).

También se observaron diferencias entre los tipos de estudios analizados. Mientras algunos trabajos presentan resultados cuantitativos mediante cuestionarios y pruebas funcionales, otros utilizan entrevistas cualitativas para conocer mejor la experiencia de los deportistas durante la recuperación.

En general, los artículos revisados muestran que la recuperación de la tendinopatía rotuliana debe abordarse desde una perspectiva amplia, teniendo en cuenta tanto los aspectos físicos como los psicológicos.



5. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta revisión muestran que la tendinopatía rotuliana no debe entenderse únicamente como una lesión física. Aunque el dolor y las alteraciones del tendón son aspectos importantes, diferentes estudios señalan que durante el proceso de recuperación también intervienen variables psicológicas que pueden influir en la evolución del deportista y en la vuelta al deporte.

Por un lado, los resultados analizados destacan lo fundamental que es una gestión apropiada de la carga durante la readaptación. Tayfur et al. (2023) señalan que el trabajo de fuerza y la introducción progresiva de ejercicios específicos a largo del proceso de recuperación pueden contribuir a que el deportista mejore su funcionalidad. Estos resultados demuestran lo relevante que es llevar a cabo una readaptación individualizada en sintonía con el avance de cada persona.

En relación con los factores psicológicos, diferentes trabajos muestran que variables como el miedo al movimiento, la inseguridad o el catastrofismo pueden influir negativamente en la recuperación. Slagers et al. (2021), Priore et al. (2018) y Chimenti et al. (2021) observaron que los deportistas con mayores niveles de kinesiofobia o pensamientos negativos sobre el dolor presentaban peor funcionalidad y más dificultades durante la vuelta al deporte. Además, Mest et al. (2020) señalan que el estado emocional también puede afectar a la adherencia al tratamiento y a la evolución de la lesión.

Por otro lado, los estudios cualitativos aportan una visión diferente sobre cómo viven los deportistas este proceso. Ruffino et al. (2025) y Smith et al. (2018, 2019) describen que muchos deportistas experimentan frustración, inseguridad o miedo a volver a lesionarse, incluso cuando el dolor ha disminuido. En algunos casos, estas sensaciones continúan apareciendo durante la vuelta a los entrenamientos y pueden hacer que el deportista evite determinados movimientos o no recupere completamente la confianza.

Además, los resultados parecen indicar que la recuperación de la tendinopatía rotuliana no depende únicamente de mejorar la capacidad física del tendón. Desde un punto de vista práctico, muchos deportistas también necesitan recuperar la seguridad y la confianza durante los entrenamientos y la competición. Por este motivo, una readaptación progresiva y adaptada a cada persona podría ayudar a reducir el riesgo de recaídas y favorecer una vuelta al deporte más segura.

A pesar de los resultados encontrados, esta revisión presenta algunas limitaciones. En primer lugar, no todos los estudios analizados se centran exclusivamente en la tendinopatía rotuliana, ya que algunos incluyen otras lesiones como la tendinopatía aquilea o el dolor femoropatelar. No obstante, se han incluido debido a la relación existente entre los factores psicológicos y los procesos de recuperación en diferentes lesiones por sobreuso. Además, la variedad de metodologías y cuestionarios utilizados dificulta la comparación directa entre estudios.

En términos generales, los artículos examinados permiten dar respuesta al objetivo principal de esta revisión, demostrando que los factores psicológicos pueden tener un impacto en el proceso de readaptación de los atletas con tendinopatía rotuliana. Las variables kinesiofobia, catastrofismo y confianza del deportista son especialmente importantes según los hallazgos, ya que tienen el potencial de influir sobre la percepción del dolor, la funcionalidad y el regreso deportivo. Por lo tanto, la recuperación debería ser tratada desde un enfoque biopsicosocial, que incorpore la actividad física y el manejo de los elementos psicológicos.

Para futuras investigaciones, sería interesante llevar a cabo estudios experimentales que evalúen la efectividad de los programas de intervención que integran estrategias psicológicas específicas con la readaptación física en deportistas adultos con tendinopatía rotuliana.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A partir de los resultados obtenidos en los artículos revisados, se plantea una propuesta de intervención dirigida a deportistas adultos con tendinopatía rotuliana, especialmente corredores y aquellos que realizan deportes de salto. El objetivo principal es hacer una recuperación progresiva controlando el trabajo físico y factores psicológicos relacionados con el dolor y la vuelta al deporte y el trabajo físico.

Los estudios observados muestran que la adecuada gestión de la carga y el trabajo de fuerza tienen un papel importante durante la recuperación de esta lesión. Sin embargo, se ha visto que factores como el miedo al movimiento, la inseguridad o la preocupación constante por el dolor puede hacer que la readaptación se vea obstaculizada. No obstante, esta propuesta no se centra únicamente en disminuir los síntomas, sino también en ayudar al deportista a recuperar la confianza y volver a entrenar de forma progresiva como antes.

El programa tiene una duración aproximada de 8 semanas y se divide en tres fases. Aun así, la progresión dependerá de la evolución individual de cada deportista y del estado funcional de la lesión en cada momento.

6.1 Clasificación de las fases de la tendinopatía rotuliana

El inicio de cada fase del programa dependerá del estado funcional del deportista y del nivel de afectación de la lesión. Para ello, se propone una clasificación orientativa basada en el dolor, la tolerancia a la carga y la limitación funcional.

- **NIVEL 1-2. Fase leve**

El deportista muestra las molestias más leves principalmente tras los entrenamientos o después de realizar actividades deportivas con intensidad. El ejercicio físico y la habilidad no suelen ser limitados en gran medida por el dolor. La funcionalidad se mantiene más o menos conservada. En este estadio, el tendón aún admite cargas de nivel medio y los síntomas suelen desaparecer después de un descanso.

- **NIVEL 3-4. Fase moderada**

El dolor aparece durante y después de la actividad física, acompañado de una disminución del rendimiento y de molestias más frecuentes en actividades diarias. Tener dolor después de estar sentado con la rodilla doblada durante un largo periodo de tiempo o tras largos periodos sin actividad es algo común. La tolerancia a la carga disminuye y algunos movimientos explosivos, como saltos o cambios de dirección, comienzan a generar molestias importantes.

- **NIVEL 4-5. Fase avanzada**

Los deportistas experimentan un fuerte dolor tanto en circunstancias diarias como durante la actividad física. Existe una clara limitación funcional y una baja tolerancia a impactos o cargas altas. Durante este periodo, actividades como correr, saltar o subir escaleras pueden ser incómodas. También, la aparición de inseguridad y temor al movimiento es común debido a la persistencia de los síntomas.

No todos los deportistas empezarán el programa la misma semana, ya que esto dependerá del grado de afectación y de la tolerancia a la carga. Los deportistas con síntomas más suaves (Nivel 1-2) tendrían la posibilidad de empezar ejercicios de las semanas 3-5 inmediatamente. Por su parte, aquellos con más dolor y limitaciones funcionales (Nivel 4-5) darían inicio en las primeras etapas, que están dirigidas a controlar el dolor y a una adaptación gradual a la carga.

SEMANAS	FECUENCIA SEMANAL	FASES	OBEJTIVOS	CONTENIDO PRINCIPAL	EJERCICIOS	SERIES/ REPETICIONES	INTESIDAD/ CARGA	RECUPERACION ENNTRE BLOQUES	ESTRATEGIAS PSICOLOGICAS
1-2	4-5 días	Nivel 4-5/10. Dolor moderado o elevado y baja tolerancia a la carga	Disminuir dolor y controlar la carga	Trabajo isométrico, inicio progresivo de fuerza y educación sobre dolor	Sentadilla isométrica en pared	5X 45s	Dolor $\leq$ 3/10	120s	Educación sobre el dolor y la lesión, técnicas de respiración y relajación para disminuir el miedo al movimiento
					Extensión de rodilla isométrica con goma	4x30s	Resistencia ligera	60s	
					Puente de glúteos	3x12	Peso corporal	60s	
					Sentadilla Excéntrica	3x12	Poca carga	90s	
					Bicicleta estática	15-20 min	Intensidad suave	-	

SEMANAS	FECUENCIA SEMANAL	FASES	OBEJTIVOS	CONTENIDO PRINCIPAL	EJERCICIOS	SERIES/ REPETICIONES	INTESIDAD/ CARGA	RECUPERACION ENNTRE BLOQUES	ESTRATEGIAS PSICOLOGICAS
3-5	3-4 días	Nivel 3-4/10. Mejor tolerancia a la carga y menor dolor durante la actividad	Mejorar fuerza y tolerancia del tendón	Fuerza excéntrica, trabajo unilateral y pliometría básica	Sentadilla búlgara	4x8	65-75% 1RM	90s	Establecimiento de objetivos progresivos y refuerzo de la confianza durante el aumento de la carga
					Step-up	3x10	Carga moderada	60-90s	
					Sentadilla excéntrica	4x6	70% 1 RM	120s	
					Saltos suaves bipodales	3x8	Baja intensidad	60s	

SEMANAS	FECUENCIA SEMANAL	FASES	OBEJTIVOS	CONTENIDO PRINCIPAL	EJERCICIOS	SERIES/ REPETICIONES	INTESIDAD/ CARGA	RECUPERACION ENNTRE BLOQUES	ESTRATEGIAS PSICOLOGICAS
6-8	2-3 días	Nivel 1-2/10. Buena tolerancia al esfuerzo y molestias mínimas	Readaptación deportiva progresiva	Pliometría avanzada, carrera y ejercicios específicos del deporte	Drop jump	3x6	Intensidad moderada-alta	90s	Visualización del retorno deportivo y estrategias de afrontamiento para controlar el miedo a una nueva lesión
					Multisaltos	4x8	Progresiva	90-120s	
					Cambios de dirección	4x20m	Intensidad media - alta	60s	
					Series de carrera progresivas	6x200m	75%-85% de intensidad	120s	
SEGUIMIENTO		Todos los niveles	Controlar evolución y confianza	Ajuste de carga y control de síntomas y factores psicológicos	cuestionario VISA-P, cuestionario TSK y escala EVA	Valoración semanal	Según síntomas	-	

Tabla 4: Seguimiento semanal adaptación funcional. **Fuente:** Elaboración propia

6.2 Desarrollo de la intervención

- Fase 1. Disminución del dolor y control de la carga

Principalmente, esta fase está enfocada en los deportistas con más dolor y menor tolerancia a la carga. En las primeras semanas, se intenta reducir los síntomas sin dejar de estimular el tendón a través de ejercicios isométricos y un trabajo de fuerza progresivo. A pesar de que algunas actividades de impacto se disminuyen al principio, la carga no debe eliminarse por completo porque una exposición apropiada a los esfuerzos puede ayudar a que el tendón se adapte.

En esta etapa, se implementan ejercicios isométricos y se incorpora gradualmente el trabajo de fuerza excéntrica en función de la tolerancia del deportista. Asimismo, es relevante detallar cómo opera el dolor y lo importante que es una progresión apropiada de la carga. Esto puede ayudar a reducir el miedo y la preocupación para realizar movimientos desde las primeras etapas de la recuperación.

- Fase 2. Mejora de la fuerza y capacidad funcional

Esta fase está dirigida a deportistas con menor dolor y mejor tolerancia al entrenamiento. Se comienza a aumentar progresivamente la carga del tendón mediante ejercicios de fuerza excéntrica y trabajo unilateral. El objetivo es aumentar la tolerancia del tendón y recuperar la estabilidad y fuerza en las extremidades inferiores.

Asimismo, se incorporan ejercicios de pliometría básicos y carrera continua a un ritmo suave. Este tipo de progresión puede ser útil para tolerar mejor las cargas repetidas del entrenamiento en deportes de salto y corredores. La progresión debe llevarse a cabo de manera gradual y vigilando constantemente la reacción del deportista después de las sesiones.

- Fase 3. Readaptación deportiva

En la última fase se incorporan ejercicios más específicos del deporte. Las actividades pliométricas se incrementan gradualmente y surgen ejercicios que implican aceleraciones, desaceleraciones y cambios de dirección. Asimismo, para promover un regreso gradual y seguro al deporte, se incorporan ejercicios parecidos a los que se requieren en competiciones reales.

Si el dolor persiste durante las sesiones de entrenamiento, puede ser necesario que ciertos deportistas mantengan la fase inicial por más tiempo. También, en esta fase, es relevante supervisar factores psicológicos como la inseguridad o el miedo a una nueva lesión. Para llevar a cabo una readaptación adecuada, es esencial volver a tener confianza en el movimiento.

6.3 Control y seguimiento

Durante todo el proceso se recomienda controlar la evolución del dolor mediante la escala Visual Analógica del dolor (EVA) (Anexo 2), el cuestionario VISA-P (Anexo 3) para valorar la funcionalidad del tendón rotuliano y cuestionarios como la Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) (Anexo 4) para valorar periódicamente el miedo y la Injury-Psychological Readiness to Return to Sport Scale (I-PRRS) (Anexo 5) para valorar aspectos psicológicos relacionados con el dolor y la vuelta deportiva. La carga de entrenamiento debe ajustarse según la evolución de cada deportista, evitando aumentos bruscos del volumen y de la intensidad.

6.4 Estrategias psicológicas complementarias

Los factores psicológicos tienen un papel importante durante el proceso de recuperación, por lo que dentro de la propuesta se incluyen diferentes estrategias enfocadas a aumentar la seguridad del deportista y disminuir el miedo relacionado con la lesión. Entre estas estrategias se encuentran la respiración, las técnicas de relajación, la visualización de la vuelta al deporte y la creación de pequeños objetivos durante las distintas fases de la readaptación.

6.5 Resultados esperados

Tras la realización del programa, se espera conseguir una mejora progresiva tanto a nivel físico como psicológico. A nivel físico, el objetivo es aumentar la capacidad funcional del tendón, mejorar la tolerancia a la carga y reducir el dolor y a nivel psicológico, el objetivo es disminuir aspectos como la kinesiophobia y favorecer una mayor confianza del deportista durante la vuelta al entrenamiento y la competición.

6.6 Fortalezas y debilidades

Fortalezas:

- Combinar el ejercicio terapéutico, la regulación de la carga y los factores psicológicos para implementar un enfoque biopsicosocial.
- Permitir que cada deportista progrese de manera individualizada, en función del dolor, la funcionalidad y el desarrollo.
- Contiene instrumentos de seguimiento como TSK, EVA y VISA-P.

Debilidades:

- Es una propuesta teórica que no se ha utilizado en una muestra real.
- La respuesta puede variar dependiendo de las características individuales del deportista y del tiempo que haya pasado desde la aparición de la lesión.
- Se requieren investigaciones futuras que analicen su eficacia en deportistas con patología de tendón rotuliano.

6.7 Justificación de la propuesta

Esta propuesta de intervención se basa en los resultados de las investigaciones que han sido analizadas, y destacan la importancia de trabajar de manera conjunta la gestión de la carga, la readaptación progresiva y el trabajo de fuerza con el control de factores psicológicos vinculados con el dolor y el regreso a la práctica deportiva.

Los estudios revisados indican que una adecuada progresión de la carga es esencial para optimizar la capacidad funcional del tendón y disminuir el peligro de que la lesión se vuelva crónica. La progresión de los ejercicios planteados se basa en una adaptación gradual de la carga, empezando con ejercicios isométricos, continuando con ejercicios de fuerza y finalizando con ejercicios pliométricos y específicos del deporte, siguiendo un modelo similar al propuesto por Malliaras et al. (2015). Por lo tanto, el programa se ajusta a la etapa de la lesión y a la tolerancia del deportista.

Además, varios artículos destacan que factores psicológicos como el miedo al movimiento, la inseguridad o el catastrofismo pueden influir negativamente en la recuperación y en la vuelta al deporte. Así que, durante todo el proceso se propone controlar no solo la evolución física del deportista, sino también aspectos relacionados con la confianza y la percepción del dolor.

Finalmente, esta propuesta busca acercarse a las demandas reales de los deportistas de salto y corredores, incorporando poco a poco tareas funcionales y ejercicios específicos que sean parecidos a las circunstancias de competición y entrenamiento.

7. BIBLIOGRAFÍA

Bohm, S., Mersmann, F., & Arampatzis, A. (2015). Human tendon adaptation in response to mechanical loading: a systematic review and meta-analysis of exercise intervention studies on healthy adults. *Sports Medicine - Open*, 1(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40798-015-0009-9>

Chimenti, R. L., Post, A. A., Silbernagel, K. G., Hadlandsmayth, K., Sluka, K. A., Moseley, G. L., & Rio, E. (2021). Kinesiophobia Severity Categories and Clinically Meaningful Symptom change in Persons with Achilles Tendinopathy in a Cross-Sectional Study: Implications for assessment and Willingness to exercise. *Frontiers in Pain Research*, 2, 739051. <https://doi.org/10.3389/fpain.2021.739051>

Cook, J. L., & Purdam, C. R. (2008). Is tendon pathology a continuum? A pathology model to explain the clinical presentation of load-induced tendinopathy. *British Journal of Sports Medicine*, 43(6), 409–416. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.051193>

Luque-Suarez, A., Martinez-Calderon, J., & Falla, D. (2018). Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(9), 554–559. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098673>

Malliaras, P., Cook, J., Purdam, C., & Rio, E. (2015). Patellar Tendinopathy: clinical diagnosis, load management, and advice for challenging case presentations. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 45(11), 887–898. <https://doi.org/10.2519/jospt.2015.5987>

Mest, J., Vaughan, B., Mulcahy, J., & Malliaras, P. (2020). The Prevalence of Self-Reported Psychological Characteristics of Adults with Lower Limb Tendinopathy. *Muscles Ligaments and Tendons Journal*, 10(4), 659. <https://doi.org/10.32098/mltj.04.2020.14>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Priore, L. B., Azevedo, F. M., Pazzinatto, M. F., Ferreira, A. S., Hart, H. F., Barton, C., & De Oliveira Silva, D. (2018). Influence of kinesiophobia and pain catastrophism on objective function in women with patellofemoral pain. *Physical Therapy in Sport*, 35, 116–121. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2018.11.013>

Rio, E., Kidgell, D., Purdam, C., Gaida, J., Moseley, G. L., Pearce, A. J., & Cook, J. (2015). Isometric exercise induces analgesia and reduces inhibition in patellar tendinopathy. *British Journal of Sports Medicine*, 49(19), 1277–1283. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094386>

Rudavsky, A., & Cook, J. (2014). Physiotherapy management of patellar tendinopathy (jumper's knee). *Journal of Physiotherapy*, 60(3), 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2014.06.022>

Slagers, A. J., Van Veen, E., Zwerver, J., Geertzen, J. H., Reininga, I. H., & Van Den Akker-Scheek, I. (2021). Psychological factors during rehabilitation of patients with Achilles or patellar tendinopathy: a cross-sectional study. *Physical Therapy in Sport*, 50, 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2021.04.010>

Smith, B. E., Moffatt, F., Hendrick, P., Bateman, M., Rathleff, M. S., Selfe, J., Smith, T. O., & Logan, P. (2018). The experience of living with patellofemoral pain—loss, confusion and fear-avoidance: a UK qualitative study. *BMJ Open*, 8(1), e018624. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018624>

Smith, B. E., Moffatt, F., Hendrick, P., Bateman, M., Selfe, J., Rathleff, M. S., Smith, T. O., & Logan, P. (2019). Barriers and facilitators of loaded self-managed exercises and physical activity in people with patellofemoral pain: understanding the feasibility of delivering a multicentred randomised controlled trial, a UK qualitative study. *BMJ Open*, 9(6), e023805. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023805>

Tayfur, A., Şendil, A., Sezik, A. Ç., Kaux, J., Sancho, I., Sant, G. L., Dönmez, G., Duman, M., Tayfur, B., Pawson, J., Uzlaşır, S., Miller, S. C., Screen, H., & Morrissey, D. (2023). Self-reported bio-psycho-social factors partially distinguish patellar tendinopathy from other knee problems and explain patellar tendinopathy severity in jumping athletes: A case-control study. *Physical Therapy in Sport*, 61, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2023.02.009>

Vlaeyen, J. W., Vlaeyen, J. W., & Linton, S. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Brain* <https://www.scienceopen.com/document?vid=e67a9035-6f9a-4eeb-bb3f-d9c68ca763cf>

8. ANEXOS

- Anexo 1

Estimado Antonia Pelegrin Muñoz y Isidro Soler García

Una vez revisada su solicitud de evaluación ética le comunicamos que la misma ha sido **AUTORIZADA**:

Nombre del tutor/a:	Antonia Pelegrin Muñoz
Nombre del estudiante:	Isidro Soler García
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	Factores psicológicos y readaptación en la tendinopatía rotuliana en deportistas: revisión bibliográfica.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260526032246
Código de autorización COIR	TFG.GAF.APM.ISG.260526
Caducidad	2 años

Pueden imprimir este correo como justificante de autorización ética COIR.

Aprovechamos para recordarle que no necesita realizar ningún trámite adicional con la Oficina de Investigación Responsable.

Un saludo,



Laura Jiménez Morgado

[Oficina de Investigación Responsable](#)

Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

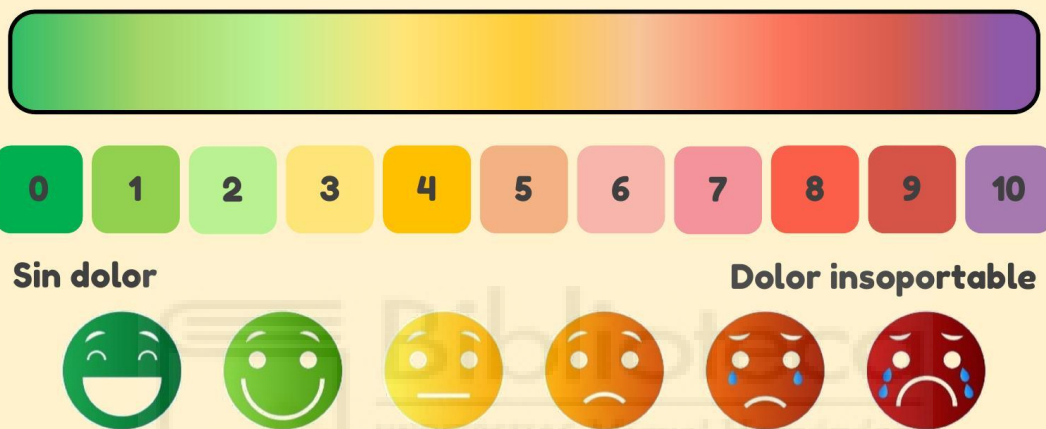
Universidad Miguel Hernández de Elche

Teléf.: 966658614 / 8614

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

ESCALA DE EVA (ESCALA ANÁLOGA VISUAL)

La escala visual analógica mide la intensidad para el dolor, es representada por una línea recta en la que un extremo significa **ausencia de dolor** y el otro extremo significa el **peor dolor que se pueda imaginar**. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente.



Tipos de dolor según su duración:

- **Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
- **Crónico:** Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

- Anexo 3

Cuestionario Victorian Institute of Sport Assessment (VISA-P) para Tendinopatía Rotuliana

Este es un cuestionario para la valoración de la gravedad de los síntomas en individuos con tendinopatía rotuliana.

El termino "dolor", en el cuestionario, hace referencia a la zona específica del tendón de Aquiles.

Para indicar su intensidad de dolor, por favor, marquen de 0-10 en la escala (color negro), teniendo en cuenta que:

0= ausencia de dolor

10= máximo dolor que imagina

La equivalencia figura en el apartado puntuación (color azul).

La escala se cumplimentará dos veces, una al inicio del tratamiento y otra a la finalización del mismo, comparándose los resultados.

1- ¿ Durante cuantos minutos puede estar sentado sin dolor?

0-15 min	15-30	30-60	60-90	90-120	+120	puntos
0	2	4	6	8	10	

2- ¿ Le duele al bajar las escaleras a paso normal?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	puntos
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	

3- ¿Después de andar 30 minutos, en terreno plano, tiene dolor en las dos horas siguientes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	puntos
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	

- Anexo 4

Escala de Kinesiofobia de Tampa (TSK)

Instrucciones:

En estos días de medicina de alta tecnología, una de las fuentes más importantes de información sobre usted suele ser Falta en tu historial médico: tus propios sentimientos o intuiciones sobre lo que está pasando con tu cuerpo. Nosotros Esperemos que la siguiente información ayude a llenar ese vacío.

Por favor responda las siguientes preguntas según sus verdaderos sentimientos, no según lo que otros piensan que usted debería creer. Califique cada afirmación desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo tocando la casilla correspondiente.

		Muy en desacuerdo	Un poco discrepar	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1	Tengo miedo de lastimarme si hago ejercicio	1	2	3	4
2	Si tuviera que intentar superarlo, mi dolor aumentaría	1	2	3	4
3	Mi cuerpo me dice que tengo algo peligrosamente mal	1	2	3	4
4	Probablemente mi dolor se aliviaría si tuviera que hacer ejercicio	4	3	2	1
5	La gente no está tomando mi médico condición lo suficientemente seria	1	2	3	4
6	Mi accidente ha puesto en riesgo mi cuerpo para el resto de mi vida	1	2	3	4
7	El dolor siempre significa que me he lesionado, mi cuerpo	1	2	3	4
8	Sólo porque algo agrava mi dolor no significa que sea peligroso.	4	3	2	1
9	Tengo miedo de lastimarme accidentalmente	1	2	3	4
10	Simplemente teniendo cuidado de no hacer ninguna movimientos innecesarios es lo más seguro que puedo hacer para evitar que mi dolor empeore	1	2	3	4
11	No tendría tanto dolor si hubiera no era algo potencialmente peligroso pasando en mi cuerpo	1	2	3	4
12	Aunque mi condición es dolorosa, lo haría estaría mejor si fuera físicamente activo	4	3	2	1
13	El dolor me hace saber cuando parar hacer ejercicio para no lastimarme	1	2	3	4
14	Realmente no es seguro para una persona con condición como la mía para estar físicamente activo	1	2	3	4
15	No puedo hacer todas las cosas que la gente normal haría porque es demasiado fácil para mí conseguirlo herido	1	2	3	4

- Anexo 5

Injury-Psychological Readiness to Return to Sport Scale (I-PRRS)



Answer the following questions referring to your main sport prior to injury. For each question, circle the number between to indicate how you feel right now.

Overall confidence to play is	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Confidence to play without pain is	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Confidence to give 100% effort is	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Confidence in injured body part to handle the demands of the situation is	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Confidence in skill level/ability is	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Confidence not to concentrate on the injury is	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SCORING [sum of responses] ÷ 10 = _____

PSYCHOLOGICAL READINESS TO RETURN TO SPORT		
Low Confidence	Moderate Confidence	Highest Confidence
0-20	30-40	50-60

Key

0 = Low confidence
50 = Moderate confidence
100 = Complete confidence

Adapted from:

Glazer D. D. (2009). Development and preliminary validation of the Injury-Psychological Readiness to Return to Sport (I-PRRS) scale. *Journal of Athletic Training*, 44(2), 185-189. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-44.2.185>