

TEMA 1. EL DEPORTE, ESCUELA DE VALORES

Libro:

- Los valores en el deporte.

Los valores en el deporte

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](#)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: Los valores en el deporte

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: lunes, 7 de abril de 2025, 03:07

Tabla de contenidos

- [1. INTRODUCCIÓN](#)
- [2. LOS VALORES ÉTICOS Y MORALES EN EL DEPORTE](#)
- [3. VALORES NEGATIVOS O CONTRAVALORES EN EL DEPORTE](#)
- [4. CONDUCTAS ÉTICAS/CONDUCTAS INMORALES MÁS HABITUALES EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA](#)
- [5. PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS](#)
- [6. BIBLIOGRAFÍA](#)

1. INTRODUCCIÓN

En este libro se aborda la controvertida temática de los valores en el deporte. Como dice M. Gutiérrez (1995): "Hablar de valores hoy, inmersos en una sociedad competitiva por excelencia, cargada de individualismo y encaminada hacia el triunfo y el éxito personal como la forma más apropiada de alcanzar la supuesta felicidad terrenal, una sociedad en la que el consumo, la propiedad y la acaparación de poder y prestigio, constituyen las guías fundamentales del proyecto de vida de muchos seres humanos, supone un reto propenso a no ser escuchado".

Pero, aun siendo conscientes de la dificultad, entendemos que como técnicos deportivos no debemos renunciar a la posibilidad de trabajar la adquisición de valores positivos a través del deporte. Este libro te proporcionará una visión general del estado de la cuestión en el deporte actual que te ayudará a enfocar tu función como líder transmisor de valores.

Para ello, en primer lugar veremos qué son los valores y cuáles son los valores más vinculados a la práctica deportiva.

En segundo lugar, a través de los llamados valores negativos o contravalores, comprobaremos que el deporte en sí mismo no contiene valores positivos, depende del enfoque que se adopte en su trasmisión.

Y finalizaremos el libro con una descripción de las conductas éticas e inmorales más habituales en la práctica deportiva, y una aproximación a los prejuicios y estereotipos como un poderoso freno para la adquisición de valores.

Los valores negativos o contravalores en el deporte

Los valores éticos y morales en el deporte

Los valores negativos o contravalores en el deporte

Conductas éticas/Conductas inmorales más habituales en la práctica deportiva

Prejuicios y estereotipos

2. LOS VALORES ÉTICOS Y MORALES EN EL DEPORTE

El deporte, bien aplicado, puede estimular el desarrollo de valores personales y sociales positivos, y convertirse así en un fenómeno social extraordinario de promoción y difusión de dichos valores (Díaz, 2005). Precisamente, por los valores educativos que puede encerrar, el deporte representa en el marco de la infancia una de las actividades de mayor trascendencia para el desarrollo físico y psíquico de las personas (Garrido, Zagalaz, Torres y Romero, 2010).

Los valores son entes abstractos que solo cobran sentido en nuestro comportamiento diario como personas o deportistas, ayudándonos a establecer una jerarquía entre las cosas, orientando nuestra capacidad para reaccionar emocionalmente, dando pautas o criterios de juicio y, finalmente, convirtiéndose en guías de la propia acción en sociedad.

Los valores son las normas de conducta y actitudes según las cuales nos comportamos, y que están de acuerdo con aquello que consideramos correcto (Díaz, 2005).



Existen diferentes tipologías de valores, en función del significado principal de los mismos. Díaz (2005) los clasifica en familiares, socioculturales, personales, espirituales, materiales y éticos y morales.

En este libro nos centraremos sobre todo en los valores personales y sociales. Los valores personales son aquellos que la persona considera imprescindibles, y sobre los cuales construye su vida y sus relaciones con el resto de personas. Los valores sociales son los que ayudan a mantener armonía y buenas relaciones sociales.

Aquí detallamos una relación de 25 valores personales y 25 valores sociales que pueden trabajarse a través del deporte:



El desarrollo de estos valores éticos y morales que hemos recogido configuran un conjunto de principios que podrían orientar la práctica deportiva hacia un modelo basado en la interacción personal eficaz y solidaria, que perseguiría el bienestar individual y colectivo, colocando el foco sobre el desarrollo humano de los deportistas por encima de elementos exclusivamente competitivos.

Desarrollar los valores a través del deporte debe ser un compromiso permanente y debe extenderse más allá del ámbito específico de la práctica deportiva. Es necesario que aspiremos a construir, desde la iniciación deportiva, personas íntegras que en sus conductas como deportistas reflejen una disposición personal y vital que tenga traducción en sus comportamientos también fuera del escenario deportivo. Este será el fin último: desarrollar mejores deportistas para formar mejores personas, trabajando esos valores en la práctica deportiva.

3. VALORES NEGATIVOS O CONTRAVALORES EN EL DEPORTE

Como hemos visto anteriormente, la actividad deportiva puede convertirse en una de las mejores vías para conseguir el desarrollo de las personas con vistas a su autorrealización personal e integración social. Sin embargo, el deporte no posee de manera innata una bondad natural para la transmisión de valores. La práctica deportiva por sí sola no favorece el desarrollo de valores éticos: serán la intencionalidad y la organización de dicha práctica las que permitan o no su desarrollo.

La actividad deportiva en sí misma no transmite cualidades morales, como todo instrumento es neutro (Heinemann, 2001 en Duran, 2006). Heinemann define el deporte como un fantasma que no tiene per se ningún valor.

Los valores positivos no se promocionan por la simple práctica deportiva. Por consiguiente, "el deporte puede ser un medio para la nobleza o para la vileza, para la adquisición de un hábito vicioso o de una virtud, para el cultivo y desarrollo de unos valores o de sus contrarios" (Lasunción, 2011).

En este sentido, es primordial tener presente las siguientes palabras de Frondizi (1992): "...los valores se presentan desdoblados en un valor positivo y su correspondiente valor negativo".

En resumen, el deporte, como toda actividad humana, puede practicarse con objetivos diversos y estos lo mismo pueden ser nobles o innobles, lícitos o ilícitos, y pueden responder a valores positivos o a valores negativos o contravalores.

En este libro consideramos los contravalores como los valores negativos opuestos a los valores positivos (a los que denominamos simplemente "valores"), y representan los antónimos de cada uno de esos valores del deporte.

A continuación, te mostramos una relación de 25 contravalores. ¿Podrías añadir alguno más?



4. CONDUCTAS ÉTICAS/CONDUCTAS INMORALES MÁS HABITUALES EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA

Durante la práctica deportiva es fundamental propiciar el desarrollo personal y el progreso social del deportista. Para ello es necesario incidir en la necesidad de materializar conductas morales durante la práctica deportiva, basadas en principios y valores éticos.

Ahora bien, la competición en los jóvenes puede propiciar conductas inmorales, inducidas generalmente por formas egocéntricas de comportamiento.

Algunas de estas conductas son:

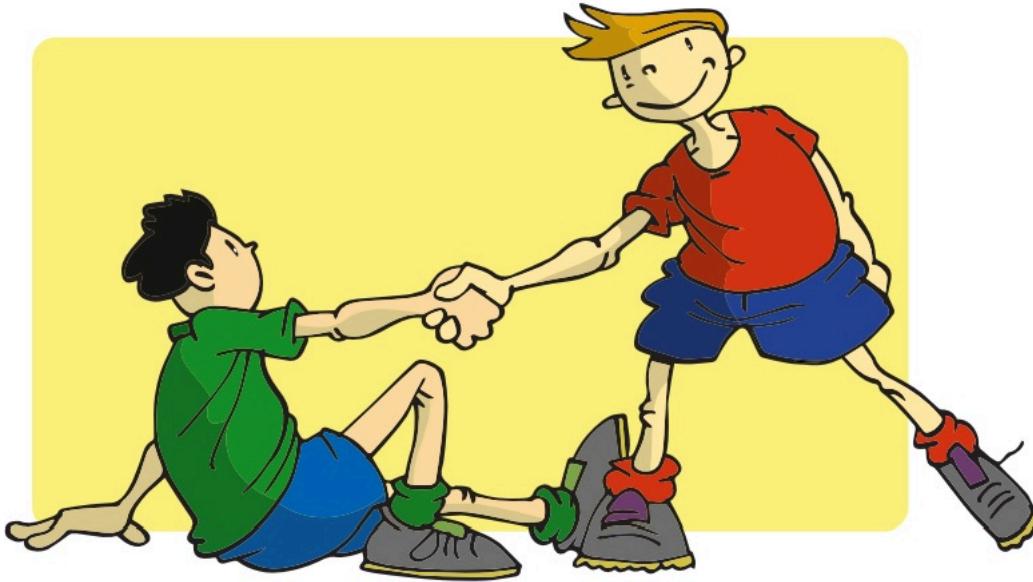
- Hacer trampas, es decir, incumplir reglas y normas para obtener ventajas y así alcanzar los objetivos deportivos deseados.
- Agredir verbalmente, haciendo descalificaciones verbales, o proferir insultos a otros agentes deportivos, como compañeros, entrenadores, árbitros, adversarios, etc.
- Agredir físicamente, realizando manifestaciones corporales agresivas contra otras personas con material deportivo, patadas, golpes, etc.
- Hacer gestos y ademanes deshonestos o groseros a otras personas implicadas en el deporte.
- Realizar agresiones a objetos que pueden ser de otras personas implicadas o pueden formar parte del entorno deportivo.
- Efectuar acciones simuladas para causar desventaja a los oponentes.



El juego limpio, también llamado **fair play**, es una expresión muy utilizada en el deporte para determinar comportamientos particulares caracterizados por el principio de justicia para todos, en los cuales no existe la tentativa de ganar una ventaja injusta sobre el adversario, ni intencional ni fortuitamente (Lee, 1996).

La **deportividad** es un ideal que se fundamenta en una tentativa de jugar bien y alcanzar la victoria evitando tomar ventajas injustas sobre el adversario y reaccionando afablemente en la victoria y en la derrota (Feezel, 1986).

La deportividad, es un ideal de conducta ética que da sentido a las conductas de fair play; mientras que el fair play hay que identificarlo con comportamientos particulares caracterizados por la observancia de las reglas del juego, el mantenimiento de la igualdad de oportunidades y la imparcialidad.



Algunas de esas conductas éticas en la práctica deportiva serían las siguientes: Aceptación de las derrotas en la competición.

- Jugar sin hacer trampas.
- Respetar a los compañeros y adversarios.
- Respetar las normas y reglas del juego.
- No insultar ni propiciar conductas agresivas físicas.
- No realizar gestos o ademanes groseros a los oponentes o a los árbitros.
- No realizar acciones simuladas en perjuicio del contrincante.
- Reconocer las buenas acciones de los contrarios.
- Saludar deportivamente a los rivales.
- Disculparse o aceptar las disculpas si se realiza alguna conducta inadecuada.

En última instancia, la forma en que nuestros jóvenes deportistas despliegan su comportamiento en la práctica deportiva refleja en qué medida han interiorizado esas pautas de actuación. Cuando les observamos en acción es cuando podemos reconocer cuáles son sus valores y sus guías de conducta.

Como vemos en el siguiente cuadro, cada una de las conductas concretas que observamos se conecta directamente con un valor o un contravalor:

Conductas Deportivas/Inmorales	Valores y Contravalores asociados
<ul style="list-style-type: none"> - Respeta las normas y espíritu del juego/Incumple las normas/ Agrede física o verbalmente. - Respeta la diferencia y la diversidad/Muestra desprecio o rechazo ante lo diferente. - Colabora con los agentes del juego/No reconoce el resultado/ Crea un clima destructivo. - Gestiona de la victoria y la derrota considerando a compañeros y adversario/Tiene dificultad para responder ante la victoria y la derrota mostrando respeto. 	<ul style="list-style-type: none"> Respeto/Desconsideración Tolerancia/Intolerancia Deportividad/Juego sucio Solidaridad/Insolidaridad Empatía/Egocentrismo Humildad/Soberbia

Tabla 1. Conductas conectadas con sus valores/contravalores

Te animamos a que observes con atención cómo se comportan tus deportistas. Es, a partir de la información que obtengas aquí, desde donde podrás, como técnico deportivo en etapas en formación, comenzar a construir un programa de desarrollo basado en valores.

5. PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS

En los procesos de aprendizaje deportivo, los prejuicios y los estereotipos personales son un impedimento decisivo para conseguir la adquisición de valores que faciliten procesos de socialización óptimos y saludables, y generen actitudes positivas.

Estos **prejuicios** y **estereotipos** pueden hacer que se produzcan discriminaciones por motivos de edad, género, raza, orientación sexual, discapacidad, padecimiento de enfermedades, condición social, religión, etc.

Se consideran **prejuicios** a la carga afectiva negativa que puede ser dirigida directamente a un grupo como un todo o a un individuo por su pertenencia a ese grupo (Allport, 1954) y **estereotipos** al conjunto de creencias compartidas acerca de los atributos personales que poseen los miembros de un grupo (Morales y Moya, 1996).

Los prejuicios y estereotipos son una especie de tapón para la adquisición de valores. Por eso, desde el inicio de la formación deportiva, es necesario evitar que los jóvenes desarrollen prejuicios negativos sobre compañeros u otros agentes del contexto deportivo y social, diseñando situaciones en las que se ponga de manifiesto el enriquecimiento que aporta la diversidad cultural a todas las personas.



6. BIBLIOGRAFÍA

- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Boston: Addison-Wesley.
- Callado, J.A. (2010). La formación en valores en la Educación Primaria. El desarrollo moral en los alumnos. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativa, 26-1-10. Extraído de: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_26/JUAN_CALLADO_1.pdf
- Díaz, C. (2005). El deporte: Escuela de vida. En S. Romero y J. Díaz (Coord.), *Escuela de Padres y Madres* (pp. 53-64). Sevilla: Instituto Municipal de Deportes.
- Durán, J. (2006). Valores en Movimiento. La actividad física y el movimiento como medio de educación en valores. Madrid: Consejo Superior de Deportes. Ministerio de Educación y Ciencia.
- Feezel, R. M. (1986). Sportsmanship. *Journal of the Philosophy of Sport*, 13, 1-13.
- Frondizi, R. (1992). ¿Qué son los valores? México: Fondo de Cultura Económica.
- Garrido, M.E.; Zagalaz, M.L.; Torres, G. y Romero, S. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para técnicos deportivos acerca de su opinión sobre las actitudes de padres y madres en el deporte (CTPMD). *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 10(2), 7-21.
- Gutiérrez, M. (1995). Valores sociales y deporte. Madrid: Gymnos.
- Lasunción, F.X. (2011). El deporte no educa, es un medio para la educación a educar. *Revista Pedagógica Adal*, 22, 24-28.
- Lee, M. (1996). *Young people, sport and ethics: an examination of fair play in youth sport*. Technical Report of sports Council Research Unit: London.
- Morales, J. F. y Moya, M.C. (1996). *Tratado de Psicología Social: Procesos básicos*, Vol I. Madrid: Síntesis Psicología.

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.



DESCARGAR TEMA EN PDF

TEMA 2. EL TÉCNICO DEPORTIVO COMO LÍDER TRANSMISOR DE VALORES

Libro:

- Agentes sociales y estrategias del técnico deportivo para la transmisión de valores.

Agentes sociales y estrategias del técnico deportivo para la transmisión de valores

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csd.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148890)

Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06

Libro: Agentes sociales y estrategias del técnico deportivo para la transmisión de valores

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano

Día: jueves, 17 de abril de 2025, 02:41

Tabla de contenidos

1. INTRODUCCIÓN

2. ¿CÓMO SE APRENDEN LOS VALORES?

3. PAPEL DE LOS DISTINTOS AGENTES SOCIALES EN LA TRANSMISIÓN DE VALORES ÉTICOS EN EL DEPORTE

3.1. Las familias

3.2. Las entidades y estructuras deportivas

3.3. Los medios de comunicación

3.4. Los técnicos deportivos

4. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE LAS QUE DISPONE EL TÉCNICO DEPORTIVO PARA EL DESARROLLO DE VALORES EN EL DEPORTE

4.1. Ejemplaridad

4.2. Implantación de rituales cotidianos

4.3. Aplicación de un plan sistemático para la trasmisión de valores

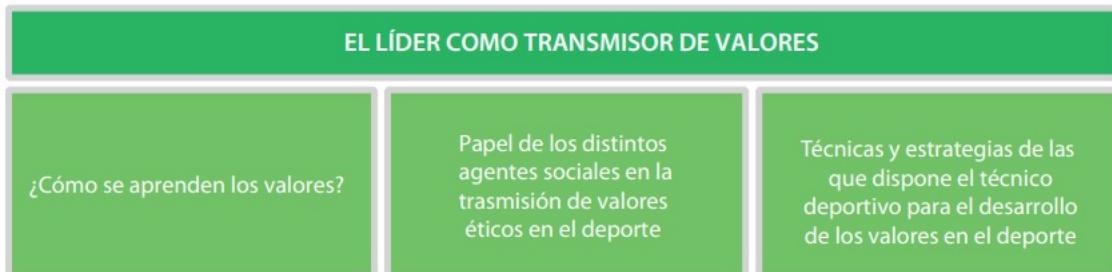
5. CONCLUSIÓN

6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

En este libro abordaremos en primer lugar cómo se aprenden los valores y continuaremos identificando el papel de los distintos agentes sociales en la transmisión de valores éticos en el deporte (familias, entidades y estructuras deportivas, medios de comunicación y personal técnico), centrándonos particularmente en la figura del técnico deportivo.

Finalmente, facilitaremos una serie de técnicas y estrategias de las que dispone el técnico deportivo para el desarrollo de los valores éticos en el deporte. En este capítulo dedicaremos un apartado especial al Programa de Responsabilidad Personal y Social (PRPS) de Don Hellinson.



2. ¿CÓMO SE APRENDE LOS VALORES?

El proceso psicológico por el que un niño adquiere e interioriza los valores que definirán sus actitudes y comportamientos es común a todos los niños.

Cada contexto sociocultural define los valores que dirigen los procesos de interacción y se encarga, a través de la socialización, de hacerlos llegar a los jóvenes que se integran como ciudadanos.

Este proceso comprende a su vez dos tipos de socialización:

SOCIALIZACIÓN PRIMARIA	SOCIALIZACIÓN SECUNDARIA
Los juicios morales se ajustan en función de los modelos familiares.	Fuera del contexto familiar: escuela, club deportivo, etc. Los valores se convierten en guías de actuación para la inclusión y aceptación. A partir de los 8- 11 años el niño supera el egocentrismo evolutivo y comienza a hacer suyos los valores reconocidos socialmente.

Tabla 1. Tipos de socialización (basado en las teorías evolutivas de Bandura y Piaget).

Los valores se aprenden de lo que es habitual, del día a día (Martínez, 2001). La construcción moral del niño nace de la percepción que realiza de los estímulos del contexto y de la consecuencia que el sistema de valores vigente determine para sus acciones. Es decir, actuar de un determinado modo conllevará unas consecuencias que en función de la gratificación que obtenga, el niño repetirá o no.

Por ejemplo, ¿qué percepción registrará un joven deportista si, tras incumplir una norma del juego, consigue anotar o marcar un gol y recibe la aprobación de sus compañeros, padres o entrenadores, de manera que la consecuencia del acto es el reconocimiento y el status que obtiene?

3. PAPEL DE LOS DISTINTOS AGENTES SOCIALES EN LA TRANSMISIÓN DE VALORES ÉTICOS EN EL DEPORTE

La trasmisión de valores corresponde a todos los agentes sociales que forman parte de la vida diaria del niño. En el caso de la práctica deportiva, se pueden considerar como agentes esenciales implicados en dicha actividad a los padres, las entidades y estructuras deportivas, los medios de comunicación y el personal técnico deportivo, fundamentalmente el entrenador.

A continuación, abordaremos la repercusión concreta de estos agentes principales que participan en la transmisión de valores mediante el deporte:

3.1. Las familias

La familia constituye el primer agente socializador. Es responsable de lo que conocemos como socialización primaria y determinará el acercamiento inicial del niño al mundo del deporte. Las familias no sólo tomarán las primeras decisiones, sino que serán responsables de configurar la primera experiencia de los deportistas en relación al deporte.

Posteriormente, la relación de las familias con el entorno deportivo marcará la imagen y el concepto que el joven desarrolle. A este respecto, Smoll (1991, en Gutiérrez 1995) describe la existencia de cinco perfiles de padres/madres:

- Desinteresados.
- Críticos.
- Vociferantes.
- Auxiliares del entrenador.
- Sobreprotectores.

Garrido et al. (2010) también afirman que las figuras de los progenitores juegan un papel muy importante en el desarrollo de las características de la personalidad del niño. La filosofía que tengan los padres en torno a los valores va a influir sobre el desarrollo de la personalidad del niño, así como las atribuciones causales que la familia realice en torno al resultado deportivo y las expectativas que transmitan al joven deportista.

Cuando somos entrenadores en esta fase de transición entre la socialización primaria y la secundaria debemos ser muy conscientes del papel de las familias, no negar la realidad que nos presenta la psicología social y ser empáticos para trabajar en el sentido que requiera nuestro proyecto deportivo/formativo.

En el Manual para Padres: Deporte y Valores (Calvo y García, 2017) se incluyen las siguientes sugerencias para los padres, que pueden ser de utilidad para el entrenador a la hora de interactuar con las familias:

- Es importante a la hora de elegir equipo, club o deporte para los hijos e hijas que los valores que este promueva estén en consonancia con los valores familiares.
- No tienen que ser exactamente los mismos; es muy difícil que dos personas distintas hagan la misma lista de sus prioridades en valores, pero sí aproximados y, sobre todo, congruentes.
- De hecho, es muy probable que una misma persona cambie esa lista de valores a lo largo de su vida y sus opciones vayan cambiando según su experiencia.
- Lo importante es que los valores que los hijos e hijas aprenden en su deporte se complementen con los que se aprende en casa, que no se contradigan.

Para concluir, queríamos dejar constancia de la afirmación de Gutiérrez (2005) de que "No existe un solo problema de conducta antisocial, mostrado por un niño o joven, en el que no se haga referencia a la influencia del ambiente familiar como determinante de las consecuencias de la conducta personal".

3.2. Las entidades y estructuras deportivas

En Finlandia el reglamento en categorías inferiores de fútbol (Diario El Mundo, 21 de abril de 2001) añade a las tarjetas amarilla y roja la tarjeta verde, que trata de reconocer conductas orientadas a la cooperación y la demostración de actitudes solidarias hacia los compañeros o adversarios. Esta es una manera de priorizar aspectos relacionados con la forma de entender el deporte como agente socializador más que con el logro competitivo.

El número de licencias federativas ha aumentado un 12% durante la última década (CSD, 2016), lo que pone de manifiesto la importancia que tienen clubs y entidades en la configuración del modelo deportivo. El ejemplo de Finlandia que hemos señalado al comienzo de este apartado viene a confirmar que es posible reorientar el sentido que le damos a la práctica deportiva desde los clubs o las instituciones deportivas que la regulan.

La orientación que adopte cada entidad será determinante a la hora de determinar el tipo de experiencias que propone y los fines que persigue con ellas. Los clubes, por tanto, construyen deporte y valores y tú como entrenador estarás sumando o restando en ese sentido. Como sucedía cuando hablábamos de la familia es importante que reflexiones sobre tu posición dentro de la línea marcada por las entidades con las que te relacionas.

Nos gustaría concluir este apartado con una referencia a los equipos o deportistas de élite que se convierten en modelos de conducta. Debemos comprometernos para demandar un papel activo de estos agentes en la construcción de un modelo deportivo en el que el resultado no sea un fin que justifique cualquier medio.

El impacto de la élite es tan significativo que no podemos obviar su labor en el proceso de desarrollo de los jóvenes deportistas.

En el estudio internacional de cultura científica de la Fundación BBVA (2012) se acredita que un 46% de los españoles preguntados no eran capaces de nombrar a ningún científico. ¿Se te ocurre cuál sería el dato si preguntásemos por deportistas? Este es el impacto o la presencia del deporte de alto nivel en nuestra sociedad.

Ayudará a tu función como transmisor de valores que valores en qué medida la entidad para la que trabajas reúne los siguientes requisitos:

- Cuenta con un proyecto formativo a largo plazo por escrito que describe fines y objetivos.
- Contribuye al desarrollo personal y deportivo según las fases sensibles, necesidades y contexto del deportista.
- Evalúa el éxito en función del proyecto de club y no exclusivamente en función de variables externas como ganar/perder.
- Cuenta con tu visión para entender la realidad de los grupos.
- Dispone de recursos humanos y materiales para incidir sobre la construcción de valores.
- Propone actividades de formación y coordinación para garantizar la consistencia del modelo deportivo definido.
- Desarrolla métodos de trabajo para incluir la formación en valores e ir más allá de los contenidos técnicos.
- Hace partícipe a la comunidad del espíritu del club.

3.3. Los medios de comunicación

Según un estudio del Ministerio de Sanidad (Diario El País, 2017) el 18% de los jóvenes consume internet de manera compulsiva. Este dato pone de relieve la exposición masiva de nuestros jóvenes a los medios de información y comunicación. Los nuevos formatos online han provocado además que los modelos publicitarios e incluso el acceso a noticias estén perfectamente adaptados a las peculiaridades individuales.

Los jóvenes pueden acceder al conocimiento no sólo en la escuela sino también de manera autónoma a través de las tecnologías. Los medios de comunicación, que se adaptan a este formato, se pueden convertir en objeto de consumo y es aquí donde debemos ser conscientes del peso de sus mensajes.

¿Dónde ponen los focos los medios?, ¿qué conductas presentan como positivas y cuáles como negativas?, ¿a qué dedican tiempo? Independientemente de hacia dónde te lleven estas reflexiones, recuerda que los sistemas de valores tienen sentido si los alimentamos todos.

3.4. Los técnicos deportivos

El técnico deportivo, en la enseñanza de la práctica deportiva con niños, debe transmitir unos conocimientos, pero también una forma de vida que constituya la base para que los niños a quienes está entrenando y educando aprendan a desenvolverse adecuadamente en la sociedad, respetando sus normas y contribuyendo a mejorarla (Berengüí y Garcés, 2007).



El deporte, en definitiva, es neutro y adquirirá forma y características a través, en gran parte, de lo que hagan los entrenadores. Por eso, los entrenadores son agentes fundamentales de aprendizaje de valores, más aún porque se encuentran situados en la fase de transición entre la socialización primaria y la secundaria.

El inicio de la actividad escolar suele coincidir en muchas ocasiones con el comienzo de la práctica deportiva. Ahí comienza tu labor del técnico deportivo.

Este importante salto del niño hacia el mundo exterior implica un nuevo contexto de aprendizaje y en él el entrenador asume una enorme responsabilidad para favorecer el aprendizaje de conductas sociales.

La formación de actitudes para actuar de acuerdo a unos valores seleccionados depende, en gran parte, de la capacidad del entrenador para generar deseos y motivaciones que contribuyan a la repetición de conductas. Por todo ello, es importante que tengas en cuenta lo siguiente a la hora de intentar inculcar determinados valores en tus deportistas:

- Identifica el contexto y las necesidades de tu grupo.
- Define los valores que tienen sentido y significado para ti y para el grupo.
- Planifica en virtud de objetivos que contribuyan al desarrollo personal y que hagan posibles los valores que has seleccionado.
- Propón un plan estratégico para construir los valores. Reflexiona sobre el para qué de las situaciones o tareas propuestas y trata de reconocer las necesidades de tus deportistas que vas a satisfacer.
- Muéstrate empático con tus deportistas y sus familias. Eres un ayudante, no sólo en los aprendizajes motrices sino también en los psicosociales.
- Sé flexible y constructivo, aprender valores es un proceso complejo que requiere paciencia y confianza.
- Toma partido sobre el dilema competición-cooperación y piensa en la formación de tus deportistas antes que en la consecución de objetivos personales.



Además, los valores han de trabajarse a través de las correspondientes actitudes. Por lo tanto, una tarea fundamental del técnico deportivo es evitar en la medida de lo posible que se den actitudes y manifestaciones deportivas donde aparezcan contravalores como la injusticia, la intolerancia, la violencia, la agresividad, etc.

4. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE LAS QUE DISPONE EL TÉCNICO DEPORTIVO PARA EL DESARROLLO DE VALORES EN EL DEPORTE

Para desarrollar los valores en el deporte el técnico dispone de diversas técnicas y estrategias, entre las que se encuentran las siguientes:

4.1. Ejemplaridad

"Educamos más por lo que somos que por lo que decimos" (Guardini, R.)

Possiblemente la propia conducta del entrenador sea el aspecto más relevante en la transmisión de valores. Como entrenadores educamos más por lo que somos y hacemos que por lo que decimos: nuestros actos hablan más alto y claro que nuestras palabras.

Y esto es así porque gran parte del aprendizaje humano, sobre todo durante la infancia y la adolescencia, ocurre por medio de la reproducción de modelos, por imitación. Se trata del llamado aprendizaje vicario. Como dice Albert Bandura, creador del concepto: "El aprendizaje sería muy trabajoso y además peligroso si la gente tuviera que depender de forma única de los efectos de sus propias acciones. Afortunadamente el comportamiento humano se aprende a través de la observación a través de modelos".

(Este tipo de aprendizaje tiene un soporte neurofisiológico en las llamadas neuronas espejo, descubiertas por Giacomo Rizzolatti. Te animamos a que profundices en el conocimiento del funcionamiento de las neuronas espejo por las repercusiones tan significativas que tienen en el aprendizaje).

Esta realidad nos obliga a ser muy conscientes de que como entrenadores somos un foco permanente de influencia sobre los demás. Más aún porque, al ostentar una posición de liderazgo, nuestra conducta es todavía más observada e influyente. Por ejemplo, ¿qué pasaría si quisieramos inculcar el valor de la puntualidad y nosotros llegásemos sistemáticamente tarde?, ¿o hablásemos de respeto y gritásemos al árbitro o humillásemos a nuestros deportistas?

Por lo tanto, si queremos transmitir valores a nuestros deportistas, ante todo tenemos que ser un modelo ético de conducta. Y la conducta se muestra muchas veces de forma inconsciente o involuntaria, lo que exige un trabajo permanente de congruencia personal a partir del autoconocimiento y la gestión de uno mismo. De esta forma podremos controlar nuestra conducta observable (que se manifiesta a través de la expresión, la actitud o la manera de relacionarnos, etc.), y ajustarla a los valores que queremos transmitir para "predicar con el ejemplo", siendo consistentes y coherentes en nuestras acciones.

En este esquema te presentamos una serie de canales vinculados a la conducta observable a través de los cuales el técnico deportivo puede transmitir valores. Te animamos a que te detengas en ellos y evalúes en qué medida estos canales son congruentes en tu caso con aquellos valores que quieras transmitir:



4.2. Implantación de rituales cotidianos

Todas las culturas establecen actos formales, repetitivos y pautados de carácter simbólico para señalar y reforzar aquello que para esa cultura es importante. Eso son los rituales. Por ejemplo, Phil Jackson el entrenador con más anillos de la NBA reunía al principio de cada entrenamiento en un círculo en el centro de la cancha al equipo básico (jugadores y entrenadores) y presentaba los objetivos del día. Y terminaba el entrenamiento también en círculo para transmitir el sentimiento de unidad y armonía, y reforzar el vínculo como grupo (no es baladí, por ejemplo, que para los indios Lakotas el círculo es el símbolo fundamental de la armonía del universo. Como decía el gran jefe sioux Alce Negro: "Todo lo que el poder del mundo hace, lo realiza en círculo").

Como dice James Kerr: "El ritual permite traducir los valores en acciones simples, comunes y cotidianas. Palabras valiosas como integridad, sacrificio, innovación, colaboración, persistencia o responsabilidad suenan potentes en lo abstracto, pero pueden resultar chatas y genéricas llevadas a los hechos. El desafío consiste siempre en darles vida y hacerlas parte de la vida de los grupos".

En el equipo de rugby de los All Blacks (donde están algunos de los jugadores más famosos del mundo) son maestros en el arte de transformar los valores en acciones cotidianas. Por ejemplo, para inculcar el valor de la humildad antes de salir del vestuario ordenan y limpian todo ellos mismos, o para inculcar el valor de trabajo en equipo los jugadores lesionados colaboran con sus compañeros realizando otras funciones.

De esta forma, llevando a cabo el ritual cotidiano de limpiar y ordenar ellos mismos el vestuario o de ayudar a los compañeros en caso de lesión, los jugadores aprenden de forma práctica a no agrandarse tanto como para dejar de hacer las pequeñas cosas que necesitan hacerse, y a situar la colaboración con el equipo en cualquier circunstancia como un valor supremo.



Así, la humedad o el compañerismo se integran en las acciones cotidianas del equipo deportistas, evitando que se conviertan en papel mojado como sucede en tantas ocasiones.

4.3. Aplicación de un plan sistemático para la trasmisión de valores

Pasar de la abstracción que suponen en muchos casos los valores a la definición sistemática de un plan de acción para transmitirlos, supone un salto de calidad de no poca dificultad.

Inspirados en los fundamentos vistos hasta ahora, consideramos el Programa de Responsabilidad Personal y Social (PRPS) de Don Hellinson como una estrategia concreta y útil que puede facilitar nuestra intervención sistemática para transmitir valores y convertirlos en conductas observables.

En términos prácticos, el PRPS entiende que crear deportistas que guíen sus acciones deportivas en función de valores nobles requiere una construcción consciente y progresiva de los siguientes **niveles secuenciados** (desde aquellos que implican gestión individual hasta aquellos que implican una contribución al grupo):

- I.- Respeto por los derechos y sentimientos de los demás.
- II.- Participación, esfuerzo y disposición al aprendizaje.
- III.- Autonomía y liderazgo.
- IV.- Solidaridad, ayuda y compañerismo.
- V.- Transferencia.

Nivel I: Respeto por los derechos y sentimientos de los demás

El entrenador debe crear, en primer lugar, una atmósfera física y psicológicamente segura donde los participantes no se encuentren intimidados o amenazados por nadie, donde cada cual pueda manifestarse libremente sin temor a ser menospreciado o intimidado.

En este sentido, se buscará establecer un escenario donde todo el mundo pueda sentirse bien, desarrollar su potencial y compensar sus dificultades. Al mismo tiempo, se estimulará la reflexión individual y colectiva para que los deportistas “aprendan a pensar” sobre el impacto que las acciones individuales tienen en los otros y cómo ayudan o no en el objetivo de este nivel.

Los comportamientos que se deben evitar en este nivel son los siguientes:

- Agresiones, físicas o verbales, directas o indirectas. Las agresiones “indirectas” pueden identificarse, pero en ocasiones es difícil trabajar sobre ellas porque no hay conciencia clara al respecto por parte del agresor. Un gesto de rechazo o desprecio a la hora de hacer equipos o una reprobación ante una acción del juego es una forma de agresión “sutil” que no es compatible con el clima de aprendizaje que pretendemos crear.
- Interrupciones de las acciones o tareas que están teniendo lugar.
- Intimidaciones.
- Conductas de evitación o marginación de alguno de los compañeros.

Valores asociados a este nivel: respeto, empatía, tolerancia, autocontrol, sensibilidad, prudencia.

En esta fase, el entrenador priorizará el trabajo basado en tareas de entrenamiento que contengan los siguientes contenidos:

- Conciencia sobre las emociones de los otros: empatía.
- Reconocimiento del impacto de las acciones propias en los otros.
- Autoconciencia sobre quién es uno mismo para que los deportistas puedan identificar y actuar sobre aquellos pensamientos y sentimientos propios que puedan derivar en faltas de respeto.
- Diseño, consenso y respeto de límites y normas dentro del grupo.
- Conocimiento de las características de los compañeros y demostración de respeto a la diversidad.
- Autocontrol.

El trabajo práctico en este nivel se materializará en **dos momentos clave de la sesión tipo**: al comienzo de la sesión con la definición de los objetivos y las normas que se espera que sean cumplidas por el grupo, y al finalizar la sesión cuando se realiza la valoración final de comportamientos y emociones.

El proceso de evaluación que tendrá lugar al terminar el trabajo es conducido por el entrenador, que planteará cuestiones en esta línea:

- ¿Cómo te has sentido hoy?
- ¿Cuál ha sido tu contribución a las normas que hablamos acordado
- ¿Cómo has hecho sentir a tus compañeros/as?
- ¿Qué podías haber hecho para ayudar/hacer sentir mejor a tus compañeros/as?
- ¿Qué comportamientos han ayudado a la clase?

Es importante que en estas reflexiones finales todos tengan la oportunidad de participar. Para compensar la posible timidez o inhibición podemos crear mecanismos rápidos de respuesta, asociados a gestos o colores. Por ejemplo: pulgares arriba/pulgares abajo, escalas numéricas de 1 a 3, semáforos de colores (rojo, amarillo, verde) donde distintas emociones se asocian a diferentes colores.

Nivel II: Participación, esfuerzo y disposición al aprendizaje

El objetivo de este nivel es ofrecer experiencias positivas a los deportistas que participan en el programa para potenciar la orientación hacia su implicación activa en la práctica como tal y no solo en la competición.

De acuerdo a lo expuesto por Harter y Cornell (en Escarti, 2005) en este nivel dirigimos nuestra atención hacia la motivación intrínseca que se manifiesta en los deportistas a través de:

- Preferir el desafío más que el trabajo fácil.
- Trabajar para satisfacer intereses propios antes que para satisfacer al entrenador.
- Elaborar juicios propios sobre lo que es realizar un buen trabajo.

En relación a la motivación intrínseca, que está en la base de este nivel por propiciar la participación comprometida, debemos distinguir dos tipos de comportamientos:

- Orientados hacia la tarea: en esta modalidad los objetivos están relacionados con el esfuerzo, el progreso y el desarrollo de la capacidad de aprender. En este caso resultarán atractivas las tareas desafiantes que hagan importantes los objetivos de implicación y aprendizaje.
- Orientados al ego: el objetivo para el deportista es la demostración de más capacidad que los otros y la consecución de objetivos resultadistas o victorias por encima del aprendizaje de habilidades o del progreso particular.

El entrenador en este nivel debería favorecer el primer comportamiento y desestimar el segundo.

Valores asociados a este nivel: esfuerzo, perseverancia, compromiso, deportividad. En esta fase, el entrenador priorizará el trabajo basado en tareas de entrenamiento que contengan los siguientes **contenidos**:

- Participación de los deportistas en la toma de decisión.
- Orientación a la tarea en sí misma y no exclusivamente en el resultado.

Nivel III. Autonomía y liderazgo

En este nivel se trata de fomentar la autonomía, regular la conducta a través de las normas, enseñando a los deportistas a ser independientes y asumir sus responsabilidades. En este nivel los deportistas deben ser capaces de manejar su propia práctica, de acuerdo a los principios y valores que hemos construido en los niveles 1 y 2.

Valores asociados a este nivel: iniciativa, creatividad, flexibilidad, humildad, responsabilidad personal.

En esta fase, el entrenador priorizará el trabajo basado en tareas de entrenamiento que contengan los siguientes contenidos:

- Autogestión.
- Trabajo autónomo.
- Toma de decisiones por parte del deportista.

Nivel IV: Solidaridad, ayuda y compañerismo

Este nivel trabaja aspectos fundamentales de la Responsabilidad Social: la solidaridad y el compañerismo. En este nivel 4, se plantean los siguientes objetivos:

- Ayudar a otros sin arrogancia y sin dogmatismo.
- Ayudar solo si otros precisan o quieren ayuda.
- Fomentar comportamientos solidarios.

Valores asociados a este nivel: generosidad, solidaridad, responsabilidad social, cooperación.

En esta fase, el entrenador priorizará el trabajo basado en tareas de entrenamiento que contengan los siguientes **contenidos**:

- Habilidades sociales.
- Trabajo en equipo.
- Comportamientos que muestran consideración y ayuda al otro.

Nivel V: Transferencia

En este nivel, se anima a los deportistas a que apliquen en otros contextos de su vida lo que han aprendido en los cuatro niveles del programa.

Valores asociados en este nivel: autonomía y responsabilidad social (alcanzar este nivel supone la materialización y culminación del trabajo secuencial llevado a cabo).

En esta fase, el entrenador priorizará el trabajo basado en tareas que contengan contenidos orientados a reconocer en qué medida el deportista ha conseguido transferir las actitudes desarrolladas en los niveles previos a otros ámbitos de la vida.

Después de este trabajo en valores nos tendríamos que preguntar: ¿hemos conseguido que nuestros deportistas sean más respetuosos, autónomos y solidarios como personas dentro y fuera del campo?

En resumen, la implantación de estos niveles secuenciados nos permite educar en valores, enseñando al individuo a comportarse estableciendo jerarquías entre las cosas (aquel que tiene valor). Por tanto, el desarrollo de un deporte inspirado en valores y actitudes no es aleatorio, requiere de:

- Una decisión intencionada y comprometida por parte del entrenador.
- El diseño de un plan sistemático y progresivo.
- La creación de contenidos y tareas que materialicen los propósitos de cada fase.
- Un procedimiento de análisis y evaluación que permita comprobar el desarrollo alcanzado y las necesidades posteriores.

A continuación, presentamos un cuadro resumen del programa de responsabilidad personal y social que contiene los valores y contenidos asociados a cada nivel:

PROGRAMA RESPONSABILIDAD PERSONAL Y SOCIAL

NIVEL	VALORES	CONTENIDOS
I: Respeto por los derechos y sentimientos de los demás	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto. - Empatía. - Tolerancia. - Autocontrol. - Sensibilidad. - Prudencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conciencia sobre las emociones de empatía. - Reconocimiento del impacto de las propias en los otros. - Autoconciencia sobre quién es uno para que los deportistas puedan id actuar sobre aquellos pensamiento sentimientos que puedan derivar e de respeto. - Diseño, consenso y respeto de los lí normas dentro del grupo. - Conocimiento de las características compañeros y demostración de res diversidad. - Autocontrol.
II: Participación, esfuerzo y disposición al aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> - Esfuerzo. - Perseverancia. - Compromiso. - Deportividad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación de los deportistas en de decisión. - Orientación a la tarea en sí misma y exclusivamente en el resultado.
III: Autonomía y liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa. - Flexibilidad - Creatividad. - Humildad. -Responsabilidad personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autogestión. - Trabajo autónomo. - Toma de decisiones por parte del d
IV: Solidaridad, ayuda y compañerismo	<ul style="list-style-type: none"> - Generosidad. - Solidaridad. - Responsabilidad social. - Cooperación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades sociales. - Conciencia moral.

V: Transferencia

- Autonomía.
- Responsabilidad social.

- Autoconciencia por parte del depo
sobre el grado de transferencia de
aprendido a su vida diaria.

Tabla 2. Resumen programa responsabilidad personal y social

Para ampliar información sobre el PRPS puedes consultar Escarti, A. (2005). Responsabilidad personal y social a través de la educación física. Barcelona: Graó.

5. CONCLUSIÓN

En la construcción de valores que orienten la práctica deportiva hacia un modelo que verdaderamente apoye el desarrollo de competencias personales y sociales, necesitamos contar con todos los agentes sociales implicados.

No podemos negar la existencia de un deporte altamente profesionalizado y casi más vinculado al mundo comercial del espectáculo, pero es clave que contextualicemos nuestro trabajo, que hagamos un esfuerzo real por entender las diferentes etapas de la formación deportiva y seamos capaces de contribuir al desarrollo de experiencias de éxito, integradoras y gratificantes para todos. De esta forma contribuiremos a consolidar una visión constructiva y amplia de la práctica deportiva.

Los técnicos deportivos, como líderes éticos, debemos tomar partido, asumir responsabilidades y reflexionar sobre nuestro posicionamiento. No olvides que en el escenario donde asumes tu responsabilidad, los jóvenes no sólo aprenderán habilidades motrices, sino que como hemos visto a lo largo de este libro, se estrenarán en el aprendizaje de parámetros culturales y sociales que se expresan en términos de valores.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1997). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beregüi, R. y Garcés, E. (2007). Valores en el deporte escolar: estudio con profesores de educación física. Cuadernos de Psicología del Deporte, 7(2), 89-104.
- Calvo, G. y García, D. (2017). Manual para padres: deporte y valores. Madrid: CSD. Fundación Mutua Madrileña.
- Díaz, C. (2005). El deporte: Escuela de vida. En S. Romero y J. Díaz (Coord.). Escuela de Padres y Madres (pp. 53-64). Sevilla, España: Instituto Municipal de Deportes.
- Escartí, A. (2005). Responsabilidad personal y social a través de la educación física. Barcelona, España: Graó.
- Garrido, M.E.; Zagalaz, M.L.; Torres, G. y Romero, S. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para técnicos deportivos acerca de su opinión sobre las actitudes de padres y madres en el deporte (CTPMD). Cuadernos de Psicología del Deporte, 10(2), 7-21.
- Gutiérrez Sanmartín, M. (1995). Valores Sociales y deporte. Madrid, España: Gymnos.
- Gutiérrez, M. (1997). Los valores sociales y el deporte. Actualidad Docente. Confederación española de centros de enseñanza, 189, 46-48.
- Hellison, D. (2003). Teaching responsibility through physical activity. Illinois: Human Kinetics.
- Jackson, Phil. (2003). Once anillos. Barcelona, España: Roca.
- Kerr, J. (2013). Legado. Que nos enseñan los All Blacks sobre la empresa de vivir. Buenos Aires, Argentina: Club House.
- Martínez, M. (2001). Un hogar llamado escuela. En la sociedad de la información y la diversidad. Barcelona, España: Ariel.
- Piaget, J. (1990). Seis estudios de psicología. 3^a edición. Barcelona, España: Ariel.



DESCARGAR TEMA EN PDF

TEMA 3. ESTRUCTURA DEL DEPORTE ESPAÑOL

Libro:

- Estructura del deporte español.

Estructura del deporte español

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csed.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148898)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: Estructura del deporte español

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: lunes, 17 de noviembre de 2025, 16:58

Descripción

Estructura del deporte español

Tabla de contenidos

1. INTRODUCCIÓN

2. SECTOR PÚBLICO

- 2.1. El Consejo Superior de Deportes (C.S.D.)
- 2.2. Direcciones generales de deportes de las comunidades autónomas (CCAA)
- 2.3. Entidades locales, diputaciones y cabildos
- 2.4. Universidades

3. SECTOR PRIVADO

- 3.1. Comité Olímpico Español (COE)
- 3.2. Comité Paralímpico Español (CPE)
- 3.3. Federaciones deportivas nacionales
- 3.4. Ligas profesionales
- 3.5. Asociaciones deportivas
- 3.6. Federaciones deportivas autonómicas

4. SECTOR PÚBLICO-PRIVADO

- 4.1. ADO (Asociación de Deportes Olímpicos)
- 4.2. ADOP (Apoyo al Deporte con Objetivo Paralímpico)

5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La organización del deporte en España se basa en un sistema de colaboración mutua entre los sectores público y privado, definido desde la Ley del Deporte 39/2022 de 30 de diciembre de 2022.

Las instituciones más características del sector público son:

- Consejo Superior de Deportes.
- Comunidades autónomas.
- Diputaciones.
- Ayuntamientos.
- Universidades públicas.

Las instituciones más características del sector privado son:

- Comités Olímpico y Paralímpico Español.
- Federaciones deportivas nacionales.
- Ligas profesionales.
- Federaciones autonómicas.
- Clubes deportivos.
- Asociaciones deportivas.
- Universidades privadas.
- Empresas de servicios deportivos.

En cuanto a la normativa reguladora del deporte, recordamos que la Constitución Española establece en su artículo 43.3 el fomento de la educación física y el deporte por parte de los poderes públicos, como un derecho de los ciudadanos. Así, la legislación deportiva en España está regulada a partir de la Ley 39/2022 del Deporte a nivel nacional, que define las competencias de los distintos actores implicados en el desarrollo del deporte a nivel nacional. Esta ley se encuentra en pleno proceso de renovación actualmente.

A partir la Ley 39/2022, las Comunidades Autónomas definen las leyes que regirán en sus territorios, en base a su propia realidad territorial y se redactan los decretos necesarios para regular el marco de desarrollo de los actores implicados en el deporte nacional definidos en la ley. Así, por ejemplo, la Comunidad de Madrid, se rige por la Ley 15/1994 del deporte de la Comunidad de Madrid; entidades como las federaciones deportivas nacionales lo hacen mediante el Real Decreto 1835/1991, de 20 de diciembre, sobre Federaciones deportivas españolas; el Deporte de Alto Nivel está regulado en el Real Decreto 971/2007, de 13 de julio, sobre deportistas de alto nivel y alto rendimiento; etc.



Imagen 1. Legislación básica del Estado y de la Comunidad Autónoma

2. SECTOR PÚBLICO

2.1. El Consejo Superior de Deportes (C.S.D.)

El CSD es un organismo autónomo de carácter administrativo, adscrito actualmente al Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes (aunque no siempre ha pertenecido a este ministerio) y con rango de Secretaría de Estado.

El presidente del Consejo Superior de Deportes, con rango de secretario de Estado, es nombrado por el Consejo de Ministros.

El Consejo Superior de Deportes ejerce directamente la actuación de la Administración General del Estado en el ámbito del deporte, en cumplimiento del artículo 43.3 de la Constitución, que establece, que los poderes públicos fomentarán la educación física y el deporte y facilitarán la ordenada utilización del ocio.

Las funciones y competencias asignadas al CSD

Corresponde a la Administración General del Estado la representación del deporte español y la supervisión pública del sector en aquellos aspectos que se consideran de interés general para el Estado.

Además, la Administración General del Estado, a través de programas de cooperación territorial y planes integrales, fomentará la práctica deportiva entre la ciudadanía y colaborará con las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales para alcanzar los objetivos que establezcan en su legislación de acuerdo con las prioridades que fije el Gobierno de España.

En base a lo apuntado, destacamos algunas de las competencias que el Estado se reserva sobre los siguientes aspectos, y que ejerce a través del Consejo Superior de Deportes (CSD):

1. Fijar los objetivos y criterios de la política deportiva de la Administración General del estado, así como la representación y participación internacionales. Es decir, todo lo relacionado con las competiciones de ámbito estatal e internacional.
2. Establecer, en coordinación con el resto de Administraciones Públicas, programas específicos para el fomento, en condiciones de igualdad y no discriminación, de la actividad física y el deporte.
3. Instaurar un marco de relaciones interadministrativas sobre la base de la cooperación y la colaboración entre las Administraciones Públicas.
4. El reconocimiento de modalidades y especialidades deportivas de ámbito estatal.
5. El reconocimiento de las federaciones deportivas de ámbito estatal y todo lo relacionado con sus actuaciones en su ámbito estatal, así como la autorización para la inscripción en los órganos internacionales.
6. La prevención, control y represión del uso de sustancias prohibidas.
7. Autorizar la inscripción de las Sociedades Anónimas Deportivas en el Registro de Asociaciones Deportivas, con independencia de su inscripción en los registros de las Comunidades Autónomas correspondientes.
8. Promover e impulsar la investigación científica en materia deportiva, de conformidad con los criterios establecidos en la Ley de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica y Técnica.

Puedes descargarte, clicando en la siguiente imagen, un documento con las funciones del CSD completas.

PDF: FUNCIONES DEL CSD

2.2. Direcciones generales de deportes de las comunidades autónomas (CCAA)

Las funciones y competencias para el fomento y desarrollo de la política deportiva en las comunidades autónomas españolas están establecidas en los respectivos estatutos de autonomía y demás normas reguladoras de la actividad deportiva en el ámbito geográfico de cada comunidad.

La legislación deportiva de cada comunidad delimita el campo de actuación en esta materia y, a su vez, lo diferencia respecto a la administración del estado y las restantes comunidades.

Entre las competencias que las comunidades autónomas (CC.AA) tienen reconocidas en sus estatutos y normas reglamentarias, figuran:

- a) La promoción, construcción y gestión de instalaciones deportivas.
- b) La tutela y coordinación de las federaciones deportivas de ámbito territorial autonómico.
- c) Coordinación, promoción y tutela del asociacionismo deportivo.
- d) Potestad legislativa sobre política deportiva en el ámbito autonómico.
- e) Programación de subvenciones al deporte.
- f) Educación Física y actividad deportiva escolar.
- g) La formación de técnicos y animadores deportivos.
- h) La gestión de los centros de formación de los licenciados/graduados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

2.3. Entidades locales, diputaciones y cabildos

Las entidades locales, fundamental y básicamente los ayuntamientos, son los principales gestores de los servicios deportivos públicos, debido a dos hechos: el grado de proximidad al domicilio familiar y a un mayor conocimiento y uso de las instalaciones deportivas locales.

Los ayuntamientos son las entidades locales que más y mejor favorecen y posibilitan el desarrollo y fomento de la actividad deportiva base en el ámbito local a través de las escuelas deportivas municipales, patronatos deportivos y entidades asociativas deportivas de carácter local.

Algunas de las competencias de las entidades locales en materia deportiva son las siguientes:

- a. Reservar en los planes de urbanismo el suelo necesario para la construcción de instalaciones deportivas.
- b. Construir, en colaboración con otras administraciones públicas, las instalaciones deportivas lo cales y gestionarlas.
- c. Desarrollar programas de promoción deportiva para todas las edades.
- d. Ayudar a los clubes deportivos ubicados en su territorio.
- e. Programación de subvenciones al deporte.

En el caso de los ayuntamientos las competencias suelen canalizarse a través de los servicios deportivos municipales, bien por gestión directa o indirecta (patronatos, fundaciones, sociedades, clubes, consorcios, etc.).

Las prestaciones más frecuentes son:

- Las escuelas deportivas municipales.
- La animación deportiva y el mantenimiento de adultos.
- La organización de competiciones locales.
- La oferta de instalaciones deportivas a clubes y particulares.

2.4. Universidades



El deporte universitario español, en su estructura político-administrativa, pasó de tener una fuerte centralización hacia mediados de los 70, a funcionar en un contexto de autonomía universitaria a principios de los 90, con una elevada descentralización (García Ferrando, 1990) y un relativo e incierto reparto de competencias (Gómez Parro, 1999). No existe poder público alguno que tenga competencia plena respecto del deporte universitario (CSD, 2000). La mayor parte de las autonomías crean sus consejos de deporte universitario.

Esto supone que cada universidad, pública o privada, define sus propios proyectos y programas deportivos, desde su servicio de deportes, con una mayor o menor implicación según sus propias políticas internas.

Así, una universidad con facultad de Ciencias de la Actividad física y del Deporte (CAFYD), puede tener un mayor interés en la promoción y fomento del deporte desde su servicio de deportes, que una que no cuente con estos estudios.

3. SECTOR PRIVADO

3.1. Comité Olímpico Español (COE)

Según el artículo 75 de la Ley 39/2022, del Deporte, el Comité Olímpico Español es una asociación sin fines de lucro, que se rige por sus propios Estatutos y Reglamentos, de acuerdo con los principios y normas del Comité Olímpico Internacional, que es la entidad de tutela y control de sus actividades.

Las funciones del COE son:

- a) Organizar la inscripción y participación de los deportistas españoles en los Juegos Olímpicos.
- b) Colaborar en la preparación de los deportistas de cara a los Juegos Olímpicos.
- c) Estimular la práctica de las actividades representadas en dichos Juegos.
- d) Desarrollar el movimiento olímpico, la difusión de los ideales olímpicos y la representación en exclusiva de España en el Comité Olímpico Internacional (COI).

El Comité Olímpico Español fue creado en 1912, según reconoce el propio Comité Olímpico Internacional. Asimismo, el artículo 77 de la Ley 39/2022 reserva para el Comité Olímpico Español el uso de cualquier simbología y denominaciones olímpicas en todo el territorio del estado. El emblema de los cinco anillos entrelazados, las denominaciones «Juegos Olímpicos», «Olimpiadas» y «Comité Olímpico», etc.

3.2. Comité Paralímpico Español (CPE)

El Comité Paralímpico Español, tiene la misma naturaleza y ejerce funciones análogas a las que se refieren para el Comité Olímpico Español en el apartado anterior respecto a los deportistas con discapacidades físicas, sensoriales, psíquicas y cerebrales. En atención a su objeto, naturaleza y funciones en el ámbito deportivo se declara de utilidad pública.

El Comité Paralímpico Español surge tras la creación de cinco federaciones de deportes de personas con discapacidad al principio de los 90, dadas las especificidades de esta, se entendió que la única forma de defender sus intereses como colectivo era desde la unidad de acción, la creación del Comité Paralímpico Español (CPE).

Así, el 6 de septiembre de 1995 nace el Comité Paralímpico Español, como el órgano de unión y coordinación de todo el deporte practicado en España por personas con discapacidad y de su representación en el ámbito internacional, en estrecha colaboración con el Consejo Superior de Deportes y las federaciones españolas de deportes de personas con discapacidad.

Las funciones del CPE son:

- a. Organizar la inscripción y participación de los deportistas españoles en los Juegos Paralímpicos.
- b. Colaborar en la preparación de los deportistas de cara a los Juegos Paralímpicos.
- c. Estimular la práctica de las actividades representadas en dichos Juegos.
- d. Desarrollar el movimiento paralímpico, la difusión de los ideales paralímpicos y la representación en exclusiva de España en el Comité Paralímpico Internacional (IPC).

Al igual que ocurre con el uso de la simbología y denominaciones olímpicas reservado al COE, el artículo 77 de la Ley 39/2022 del Deporte, reserva para el Comité Paralímpico Español la utilización de emblemas o símbolos, y de las denominaciones "Juegos Paralímpicos", "Paralimpiadas" y "Comité Paralímpico ", etc. en todo el territorio del estado.

3.3. Federaciones deportivas nacionales

Son entidades privadas, con personalidad jurídica propia, de ámbito de actuación nacional, integradas por las federaciones deportivas de ámbito autonómico, clubes deportivos, deportistas, técnicos, jueces, árbitros, ligas profesionales y otras entidades interesadas en la promoción y desarrollo de una modalidad deportiva específica en el ámbito nacional.

En 2023 hay en España 66 federaciones deportivas.

Las federaciones deportivas españolas, además de sus actividades propias de gobierno, administración, gestión, organización y reglamentación de las especialidades deportivas que corresponden a cada una de sus modalidades deportivas, ejercen bajo la coordinación y tutela del Consejo Superior de Deportes las siguientes funciones públicas de carácter administrativo:

- a) Ejecutar lo establecido en los Programas de Desarrollo Deportivo que suscriban el Consejo Superior de Deportes y las federaciones deportivas españolas en relación con la actividad deportiva susceptible de subvención, según lo previsto en el artículo 54.
- b) Calificar las competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal y organizar, en su caso, las competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal no profesionales. La organización de tales competiciones se entiende referida a la regulación del marco general de las mismas.
- c) Expedir licencias en los términos previstos en esta ley y sus disposiciones de desarrollo. A estos efectos, únicamente tendrá carácter de función pública de ámbito administrativo el acto o resolución por el que se concede o se deniega la expedición de la licencia.
- d) Otorgar y ejercer el control de las subvenciones que asignen a las asociaciones y entidades deportivas como consecuencia del ejercicio de potestades públicas, en la forma que reglamentariamente se determine.
- e) Colaborar con la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, tanto en la formación de los técnicos deportivos en el marco de la regulación y control de las enseñanzas deportivas de régimen especial, como en los programas de formación continua.
- f) Ejercer la potestad disciplinaria en los términos establecidos en esta ley y sus disposiciones de desarrollo.

Las federaciones deportivas españolas ostentan la representación de España en las actividades y competiciones deportivas de carácter internacional. A estos efectos es competencia de cada federación la elección de los deportistas que han de integrar las selecciones nacionales.

(Ley 39/2022 de 30 de diciembre, Del Deporte, 2022)

3.4. Ligas profesionales

La Ley 39/2022 dedica su Capítulo III a las ligas profesionales a la descripción normativa sobre las ligas de tipo profesional. El artículo 56 se define la Constitución y estructura de las Ligas Profesionales, cuyo reconocimiento se producirá con su inscripción en el Registro Estatal de Entidades Deportivas, momento a partir del cual se entiende legalmente constituida. La resolución que se dicte sobre la autorización o denegación de su inscripción deberá ser suficientemente motivada.

Las ligas profesionales tendrán personalidad jurídica, naturaleza asociativa y gozarán de autonomía para su organización interna y funcionamiento respecto de la federación deportiva española correspondiente de la que formen parte.

Existen cinco competiciones que reciben la consideración de liga profesional por parte del Consejo Superior de Deportes: la Primera y la Segunda División de Fútbol, la ACB de baloncesto, la Liga Profesional de Fútbol Femenino y la Liga ASOBAL de balonmano.

3.5. Asociaciones deportivas

Las asociaciones deportivas, entre las cuales se encuentran los distintos tipos de clubes, sirven como nexos de unión entre la base social y las instituciones del sector público y privado.

Entre los valores que fomenta el asociacionismo destacan:

- Facilita la integración social de las personas que participan en las asociaciones y las actividades que desarrollan las mismas.
- Dinamiza acciones de voluntariado.
- Como agentes sociales de cambio, también realizan funciones de transformación social como agentes, consolidando la democracia mediante la participación en cuestiones públicas.

Cabe reseñar que más de la mitad de las entidades no lucrativas que existen en España están dedicadas a la cultura, al deporte y/o a la recreación.

3.6. Federaciones deportivas autonómicas

Las federaciones deportivas autonómicas, como las nacionales, son entidades asociativas privadas, con personalidad jurídica propia e independiente de la de sus asociados, integradas por: clubes deportivos, deportistas, técnicos, jueces, árbitros, grupos deportivos y otros colectivos interesados que promueven, practican o contribuyen al desarrollo del deporte.

Solo podrá existir una única federación deportiva autonómica por cada modalidad deportiva, salvo las polideportivas para personas con discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales y/o mixtas.

Las federaciones deportivas autonómicas se regirán por lo dispuesto en la ley del deporte de su comunidad autónoma y sus funciones son prácticamente las mismas que las de las federaciones nacionales, pero referidas al ámbito autonómico:

- a. Ostentar la representación de la federación nacional correspondiente en el ámbito de la comunidad.
- b. Calificar y organizar competiciones deportivas en el ámbito autonómico.
- c. Promover y difundir el deporte en el ámbito autonómico.
- d. Colaborar con Administración del Estado y de las CCAA en formación de técnicos.
- e. Coordinar y colaborar en la organización de competiciones de ámbito estatal que se desarrollen en la Comunidad.
- f. Colaborar con la CCAA en el desarrollo del deporte escolar y planes de formación de técnicos.
- g. Potestad disciplinaria en el ámbito de su comunidad autónoma.
- h. Controlar subvenciones a asociaciones y entidades deportivas.

4. SECTOR PÚBLICO-PRIVADO

4.1. ADO (Asociación de Deportes Olímpicos)

Es una institución sin ánimo de lucro cuyo fin es el apoyo, desarrollo y promoción de los deportistas nacionales de alto rendimiento a nivel olímpico. Se fundó en 1988, tras los Juegos Olímpicos de Seúl, con el objetivo de brindar a los deportistas españoles los medios y recursos necesarios de cara a lograr un buen resultado en los Juegos Olímpicos de Barcelona 1992. Su trabajo se centra en la puesta en marcha y mantenimiento del denominado Programa ADO.

Los objetivos de la Asociación son los siguientes:

- Promover y desarrollar la práctica de la alta competición de los deportes incluidos en el programa olímpico vigente en cada ciclo olímpico.
- Obtener recursos económicos a través de patrocinadores, para disponer de las subvenciones y ayudas necesarias para el adecuado desarrollo de dichos deportes.
- Participar en la selección, preparación y control de los deportistas que, con vocación de participar en los Juegos Olímpicos, vayan a recibir las subvenciones y ayudas.
- Velar por la efectividad y aprovechamiento del empleo de los recursos económicos disponibles así como de su permanente control.
- Divulgar entre el público las actividades deportivas que financia el propio programa ADO:
 - Promoción y desarrollo de la práctica de la alta competición de los deportes incluidos en el programa olímpico vigente en cada ciclo olímpico.
 - Participación en la selección, preparación y control de los deportistas que, con vocación de participar en los Juegos Olímpicos de la correspondiente olimpiada, vayan a recibir las subvenciones y ayudas.

4.2. ADOP (Apoyo al Deporte con Objetivo Paralímpico)

El Plan de Apoyo al Deporte Objetivo Paralímpico (ADOP) es una iniciativa del Comité Paralímpico Español, el Consejo Superior de Deportes y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social que tiene como fin proporcionar a los deportistas paralímpicos españoles las mejores condiciones posibles para poder llevar a cabo su preparación y afrontar así con garantía de éxito la participación del equipo español en los Juegos Paralímpicos.

Mediante las aportaciones económicas de una serie de patrocinadores, el plan ADOP prevé ayudas económicas para que los atletas puedan dedicarse al deporte como actividad principal, así como un Programa de Servicios, que contempla un sistema integral de apoyo al entrenamiento, en el que se encuentran la preparación en centros de alto rendimiento o el servicio médico. A través de estas ayudas, se busca conseguir el éxito de los deportistas incluidos en el programa para una mayor visibilización de los mismos, transmitiendo de esta forma a la sociedad los valores que estos atletas representan, tales como el esfuerzo, la superación o el trabajo en equipo.



5. BIBLIOGRAFÍA

- LEY 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte.
- LEY 15/1994, de 28 de diciembre, del deporte de la Comunidad de Madrid.
- Real Decreto 1835/1991, de 20 de diciembre, sobre federaciones deportivas.
- Real Decreto 971/2007, de 13 de julio, sobre deportistas de alto nivel y alto rendimiento.
- Real Decreto 1251/1999, de 16 de julio, sobre sociedades anónimas deportivas.
- Real Decreto 1363/2007, de 24 de octubre, por el que se establece la ordenación general de las enseñanzas deportivas de régimen especial.



DESCARGAR TEMA EN PDF

TEMA 4. ORGANIZACIÓN DEPORTIVA AUTONÓMICA Y LOCAL

Libro:

- Organización deportiva autonómica y local.

Organización deportiva autonómica y local

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csid.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148906)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: Organización deportiva autonómica y local

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: miércoles, 30 de abril de 2025, 06:07

Descripción

Organización deportiva autonómica y local

Tabla de contenidos

- 1. DIRECCIONES GENERALES DE DEPORTES**
- 2. FEDERACIONES DEPORTIVAS AUTONÓMICAS**
 - 2.1. COMPETENCIAS Y FUNCIONES
 - 2.2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
- 3. ENTIDADES LOCALES, DIPUTACIONES Y CABILDOS**
- 4. CLUBES Y ASOCIACIONES DEPORTIVAS**
 - 4.1. TIPOS DE CLUBES
 - 4.2. LA IMPORTANCIA DEL CLUB EN EL ASOCIACIONISMO DEPORTIVO
 - 4.3. LAS FUNDACIONES
 - 4.4. OTRAS ASOCIACIONES DEPORTIVAS
- 5. ASOCIACIONISMO DEPORTIVO FEMENINO**
- 6. VÍAS DE APOYO AL ASOCIACIONISMO DEPORTIVO**
- 7. BIBLIOGRAFÍA**

1. DIRECCIONES GENERALES DE DEPORTES

Como se mencionó en el libro "Estructura del deporte español", las funciones y competencias para el fomento y desarrollo de la política deportiva en las comunidades autónomas españolas están establecidas en los respectivos estatutos de autonomía y demás normas reguladoras de la actividad deportiva en el ámbito geográfico de cada comunidad.

Para comprender la organización deportiva autonómica y local, vamos a detallar y destacar algunas de las competencias por parte de las direcciones generales de deportes.

Tienen la tutela y coordinación de las federaciones deportivas autonómicas (territoriales), en cuanto a la parte administrativa y legislativa se refiere; programando subvenciones dirigidas a estas federaciones, coordinando con estas la formación de técnicos, así como los programas y centros de tecnificación de las especialidades, si los hay.

En cuanto a su relación con las entidades locales, diputaciones y cabildos, dado que una de las competencias que tienen son la promoción, gestión y construcción de instalaciones deportivas, en muchas ocasiones cofinanciarán los proyectos diferentes administraciones. También habrá subvenciones dirigidas a proyectos deportivos de interés público que pueden partir de iniciativas de entidades locales, clubes o ambos en colaboración, como puede ser la organización de competiciones internacionales.

2. FEDERACIONES DEPORTIVAS AUTONÓMICAS

1. COMPETENCIAS Y FUNCIONES

2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

2.1. COMPETENCIAS Y FUNCIONES

Como se mencionó en el libro del tema anterior, las federaciones deportivas autonómicas son entidades asociativas privadas, con personalidad jurídica propia e independiente de la de sus asociados, integradas por: clubes deportivos, deportistas, técnicos, jueces, árbitros, grupos deportivos y otros colectivos interesados que promueven, practican o contribuyen al desarrollo del deporte.

Las federaciones deportivas autonómicas se rigen por lo dispuesto en la ley del deporte de su comunidad autónoma, funciones son prácticamente las mismas que las de las federaciones nacionales, pero referidas al ámbito autonómico. Es por ello que dependen a su vez de las federaciones deportivas nacionales, en cuanto a los aspectos técnicos y normativos del deporte o especialidad. Recordamos las funciones que se mencionaron en el libro "Estructura del deporte español":

- a. Ostentar la representación de la federación nacional correspondiente en el ámbito de la comunidad.
- b. Calificar y organizar competiciones deportivas en el ámbito autonómico.
- c. Promover y difundir el deporte en el ámbito autonómico.
- d. Colaborar con Administración del Estado y de las CCAA en formación de técnicos.
- e. Coordinar y colaborar en la organización de competiciones de ámbito estatal que se desarrolle en la Comunidad.
- f. Colaborar con las CCAA en el desarrollo del deporte escolar y planes de formación de técnicos.
- g. Potestad disciplinaria en el ámbito de su comunidad autónoma.
- h. Controlar subvenciones a asociaciones y entidades deportivas.

2.2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

No existe un modelo único de estructura federativa, puesto que la realidad de cada deporte y/o modalidad es muy diferente en función del territorio en el que se encuentre y la ley autonómica del deporte que rija en esa comunidad. Así, no será igual gestionar el squash en Canarias que en Galicia; como no será lo mismo gestionar la Natación, que gestionar el hockey sobre hierba en Andalucía.

Por eso, se establecen unos mínimos, que deben cumplir todas las federaciones deportivas:

Deben disponer de una asamblea general (que a su vez puede reunirse como comisión delegada) y de la presidencia.

Contará con una junta directiva, secretaría general, gerencia y diversos comités (de árbitros, técnica, de entrenadores, disciplinarios, etc.) cuyos componentes suelen ser cargos de libre designación del presidente.

La asamblea general es el órgano superior de las federaciones. Está compuesta por representantes democráticamente elegidos de los diversos estamentos federativos (clubes, deportistas, jueces y árbitros, técnicos). Sus miembros serán elegidos cada cuatro años, coincidiendo con los años de JJOO de verano (para las federaciones con especialidades de deportes de verano) o JJOO de invierno (para las federaciones con especialidades de deportes de invierno). Las funciones de la asamblea son las siguientes:

1. La aprobación del presupuesto anual y su liquidación.
2. La aprobación del calendario deportivo que deberá especificar las competiciones y actividades oficiales de ámbito estatal.
3. La aprobación y modificación de sus estatutos.
4. La elección y cese del presidente.

La comisión delegada es una representación de la asamblea general, que podrá reunirse así o en pleno. La comisión delegada será elegida por la asamblea general, a quien corresponde también su renovación, en la forma que reglamentariamente se determine.

Habitualmente este órgano es quien aprueba los reglamentos, decide las sedes de los campeonatos y eleva propuestas asamblearias, discutiendo y adoptando acuerdos de trámite o de urgencia, sobre todo en cuestiones de competición.

3. ENTIDADES LOCALES, DIPUTACIONES Y CABILDO

Las entidades locales, principalmente los ayuntamientos, son los principales gestores de los servicios deportivos públicos. Ya se dijo en el libro “Estructura del deporte español” que el motivo es la proximidad al ciudadano y el conocimiento y uso de las instalaciones deportivas locales.

El mayor fomento de la actividad deportiva base es gracias a los ayuntamientos y entidades locales, por el servicio que prestan a través de las escuelas deportivas municipales, la organización de competiciones locales federadas y no federadas, la promoción del deporte escolar, la construcción y gestión de instalaciones deportivas y el apoyo y colaboración con las entidades asociativas deportivas de carácter local (clubes, asociaciones y fundaciones).

4. CLUBES Y ASOCIACIONES DEPORTIVAS

La nueva Ley 39/2022 del Deporte, establece en su Artículo 63. que la constitución de clubes deportivos se regirá por la normativa autonómica correspondiente.

4.1. TIPOS DE CLUBES

Son clubes deportivos las asociaciones privadas, integradas por personas físicas o jurídicas que tengan por objeto la promoción de una o varias modalidades deportivas, la práctica de las mismas por sus asociados, así como la participación en actividades y competiciones deportivas.

Todos los clubes, cualquiera que sea su finalidad específica y la forma jurídica que adopten, deberán inscribirse en el correspondiente registro deportivo. Mientras que para participar en competiciones de carácter oficial, los clubes deberán inscribirse previamente en la federación respectiva a través de las federaciones autonómicas, cuando éstas estén integradas en la federación española correspondiente.

Los clubes deportivos se clasifican en:

- Clubes deportivos elementales.
- Clubes deportivos básicos.
- Sociedades anónimas deportivas.

*No obstante, la legislación específica de cada comunidad autónoma puede establecer otros tipos de clubes.

Básicamente, atendiendo a la clasificación mencionada, la diferencia entre los tipos de club enumerados recae en los requisitos legales para su puesta en marcha y funcionamiento.

Otra diferencia importante es que los clubes deportivos elementales y básicos se rigen por las especialidades que cada ley autonómica haya incorporado; mientras las sociedades anónimas deportivas se rigen por la ley estatal (Ley 39/2022 del Deporte), en su artículo 69.



2.1. a) Clubes deportivos elementales: para su constitución será suficiente con que sus promotores o fundadores suscriban un documento privado en que figure, como mínimo, lo siguiente:

- Nombre de los fundadores y del delegado o responsable, con sus datos de identificación.
- Voluntad de constituir el club, finalidad y nombre del mismo.
- Un domicilio a efectos de notificaciones y relaciones con terceros.
- El expreso sometimiento a las normas deportivas del estado y, en su caso, a las que rigen la modalidad de la federación respectiva.

Los clubes deportivos elementales podrán establecer sus normas internas de funcionamiento de acuerdo con principios democráticos y representativos. Estos clubes no pueden participar en competiciones de ámbito estatal y sus socios únicamente pueden ser personas.

2.1. b) Clubes deportivos básicos: a diferencia del club deportivo elemental, para su constitución es necesario un mínimo de cinco fundadores, que deberán presentar obligatoriamente para la inscripción en el registro correspondiente el acta fundacional, otorgada ante notario, y los estatutos. La mayoría de los clubes existentes en España, son clubes deportivos básicos, ya que estos sí pueden participar en competiciones estatales.

2.1. c) Sociedades Anónimas Deportivas (SAD). Este tipo de club, es exclusivo y obligatorio para equipos profesionales, que participen en competiciones deportivas oficiales de carácter profesional y ámbito estatal. Las sociedades anónimas deportivas quedarán sujetas al régimen general de las sociedades anónimas, con las particularidades que se contienen en esta Ley y en sus normas de desarrollo. Ninguna sociedad anónima deportiva podrá mantener más de un equipo en la misma categoría de una competición deportiva. Puedes consultar la lista del Relación de SAD en [la web del CSD](#).

A continuación, clicando en la imagen, puedes descargarte un documento de la [tipología de clubes según las diferentes Comunidades Autónomas](#).

PDF: TIPOLOGÍA DE CLUB SEGÚN LAS DIFERENTES CCAA

4.2. LA IMPORTANCIA DEL CLUB EN EL ASOCIACIONISMO DEPORTIVO

Los clubes son las entidades deportivas básicas en el tejido deportivo español. Sin ellos no se podrían desarrollar las competiciones de carácter local, autonómico ni estatal. Cumplen diferentes funciones, tanto sociales, como deportivas, económicas y educativas:

- Son puntos de encuentro de familias y aficionados a un deporte.
- Cubren las necesidades de ocio de gran número de ciudadanos en primera instancia.
- Intervienen en la formación de técnicos y forman a jóvenes deportistas, dirijan o no sus pasos hacia la competición.
- Promocionan la localidad en la que se encuentran ubicados a través de su participación en el deporte de competición.
- Pueden ser atractivo turístico en sus localidades, siendo un agente dinamizador fundamental de la industria deportiva.
- Cumplen el mandato constitucional que el artículo 148.1.19.^a confiere a las autonomías :“Promoción del deporte y de la adecuada utilización del ocio”.

4.3. LAS FUNDACIONES

Las fundaciones son asociaciones que persiguen un fin de interés general, determinado por su fundador, para beneficiar a colectivos genéricos de personas. Para ello aplican su patrimonio y todos sus recursos al cumplimiento de sus fines, sin ánimo de lucro, por lo que reinvierten los beneficios que pudieran obtener en su fin fundacional. Están gobernadas por un patronato cuya misión es velar por el cumplimiento del fin de interés general determinado por el fundador y la aplicación de los recursos a ese fin.

Las fundaciones pueden ser:

- De ámbito nacional, como la Fundación Deporte Joven del Consejo Superior de Deportes, que “fomenta la actividad física y los hábitos saludables entre la infancia y la juventud, utilizando el deporte como estímulo ante la adversidad, y trata de educar en valores basados en la práctica y cultura deportivas”.
- De ámbito territorial, como la Fundación Madrid por el Deporte, que “tiene por fin contribuir al desarrollo del deporte madrileño, vinculándolo con la cultura y la educación, para el desarrollo integral de la persona, buscando contribuir a una sociedad más justa e igualitaria, que promueva la integración, la convivencia y los valores propios reconocidos al hecho deportivo”.
- De ámbito local, como la Fundación Deportiva Municipal de Valencia, que desarrolla las competencias del Ayuntamiento de Valencia en materia deportiva, “con la finalidad de fomentar, favorecer y dinamizar el deporte en la ciudad”.



4.4. OTRAS ASOCIACIONES DEPORTIVAS

Las Ligas son asociaciones de clubes que se constituirán, exclusiva y obligatoriamente, cuando existan competiciones oficiales de carácter profesional y ámbito estatal, aprobadas por el Consejo Superior de Deportes.

Se podrán formar Agrupaciones de Clubes de ámbito estatal para desarrollar actuaciones deportivas en aquellas modalidades y actividades no contempladas por las federaciones deportivas españolas. Solo podrá reconocerse una Agrupación por cada modalidad deportiva no contemplada por dichas federaciones; y para el desarrollo de la actividad deportiva coordinarán su gestión con las federaciones deportivas de ámbito autonómico que tengan contemplada tal modalidad deportiva.

5. ASOCIACIONISMO DEPORTIVO FEMENINO

La igualdad entre mujeres y hombres empezó a ser un objetivo institucional, y no sólo de las organizaciones feministas y de mujeres, a partir de la creación del Instituto de la Mujer en 1983. El fomento de las relaciones con organismos Internacionales (Naciones Unidas institucionalizó el año 1975 como el Año Internacional de la Mujer, articulando así instrumentos internacionales para su igualdad en todos los ámbitos) ha sido una de las funciones esenciales del Instituto de la Mujer desde entonces, desarrollando el principio jurídico universal de igualdad entre mujeres y hombres, reconocido en diversos textos y compromisos internacionales sobre derechos humanos.

En el deporte, la mujer se incorporó relativamente tarde (respecto al hombre) a ámbitos como la práctica deportiva habitual y los puestos de dirección. Esto implica que, culturalmente, en la sociedad está muy asentada una mayor participación masculina que femenina en el deporte, y existen aún gran número de prejuicios y **estereotipos que limitan la incorporación de la mujer a cargos directivos, o la práctica deportiva de algunas especialidades** por parte de las niñas y mujeres.

Con estos antecedentes, se han ido conformando asociaciones para buscar la igualdad de posibilidades entre géneros también en el deporte, concienciando a la sociedad de las diferencias aún existentes, informando y protegiendo a practicantes de género femenino en distintos ámbitos del deporte. Por ejemplo, se han ido creando clubes exclusivamente femeninos; si bien, se debería tender a una práctica en igualdad de condiciones, dentro de los clubes ya existentes. Pero además, en los últimos años, vemos que las administraciones, así como la empresa privada, toman cartas en el asunto buscando medios para promocionar la práctica de deportes tradicionalmente "masculinos" entre las niñas y jóvenes, y la sociedad empieza a cambiar esa concepción que divide en masculinas y femeninas las actividades deportivas, entendiendo que una persona puede practicar el deporte que más le guste, sea del género que sea.

Hoy día empieza a ser habitual que haya mujeres entrenadores y bastantes mujeres jueces-árbitros, pero sigue siendo puntual la faceta de la mujer como directiva (bien de club o de Federación). Por todo ello, las instituciones buscan formas de apoyo que sirvan para seguir normalizando la situación:

- Por parte del CSD:
 - Introducción de cuotas en los puestos de dirección federativos dentro del código de buen gobierno de las Federaciones de España.
 - Adhesión de las federaciones a la Declaración de Brighton, hoja de ruta referente a nivel internacional en materia de mujer; y al manifiesto por la Igualdad y la Participación de la Mujer en el Deporte del CSD.
 - Subvenciones del CSD a las Federaciones para el Programa Mujer y Deporte.
 - Subvenciones y ayudas a la maternidad.
- Por parte de instituciones locales y autonómicas: subvenciones a clubes con alta presencia femenina.
- Por parte de otras entidades, también se adoptan medidas ligadas al fomento del deporte femenino:
 - Proyectos de investigación.
 - Programas en los medios de comunicación.
 - Patrocinios específicos por parte de empresas, etc.

Cada vez es más común encontrar iniciativas que persiguen la promoción del deporte femenino y la práctica del deporte por parte de las mujeres, destacan:

- Programa Universo Mujer del Consejo Superior de Deportes: programa integral para el desarrollo y evolución personal de la mujer dentro de la sociedad, desarrolla iniciativas para la mejora y transformación social. Con iniciativas como el tour "Mujer, Salud y Deporte", un evento deportivo impulsado por una empresa privada, que recorre diferentes ciudades españolas con el objetivo de «acercar a la sociedad el papel que tiene la mujer como parte activa y fundamental del deporte en España».
- Planes y programas de fomento del deporte femenino diseñados e impulsados por las administraciones autonómicas y locales, como el "Plan Mujer y Deporte 2020" del Ayuntamiento de Logroño.
- Encuentros, jornadas, congresos, cursos, asignaturas e incluso postgrados específicos de mujer y deporte, organizadas por diferentes universidades e instituciones por todo el territorio nacional.

6. VÍAS DE APOYO AL ASOCIACIONISMO DEPORTIVO

Existen básicamente tres tipos de ayuda de las administraciones locales y autonómicas a los clubes y asociaciones deportivas:

- Las subvenciones anuales según el grado de implicación y participación de deportistas. Son ayudas económicas condicionadas al cumplimiento de una serie de criterios y requisitos. La entidad solicitante deberá presentar la documentación que se requiera en las bases de la convocatoria, entre la que suele encontrarse un proyecto deportivo, y justificar con posterioridad los gastos por y para los que se accedió a dicha subvención.
- Exenciones en el pago del precio público por el uso de las instalaciones deportivas: puede tratarse desde una preferencia en el procedimiento de adjudicación de horas de alquiler de las instalaciones, hasta una exención total (cesión demanial del espacio) o parcial en el abono de los precios públicos establecidos a dichos clubes.
- Subvenciones específicas por proyectos de interés público: estos habitualmente son, competiciones oficiales regladas de carácter nacional e internacional, normalmente fases finales, campeonatos, trofeos, etc.

Procedimientos para conseguir apoyos al asociacionismo deportivo:

- Los tres tipos de ayudas descritas, suelen estar condicionadas a la política deportiva que marque el gobierno local y el autonómico. Así, un ayuntamiento puede decidir tener subvenciones a los clubes locales, otro puede optar por subvenciones o ayudas a deportistas, mientras que un tercer ayuntamiento puede preferir ceder espacios para su uso en entrenamientos y competiciones a los clubes de forma gratuita, e incluso, en función del tamaño del mismo, su población, su realidad deportiva, etc. tener las tres ayudas dentro de sus planes de gobierno.
- En todo caso, el procedimiento administrativo requerirá la redacción, aprobación y publicación de unas bases que regulen el proceso y la publicación de una convocatoria pública a la que podrán presentarse todos aquellos que cumplan los requisitos establecidos y en los plazos establecidos en las bases reguladoras. A continuación se publican los admitidos y excluidos en el procedimiento, teniendo todos un periodo de presentación de alegaciones, siguiéndose posteriormente los cauces legales hasta la resolución final, en la que se publicarán los beneficiarios de las ayudas.



7. BIBLIOGRAFÍA

- Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Real Decreto 1835/1991, de 20 de diciembre. Federaciones deportivas españolas y registro de asociaciones deportivas.
- Real Decreto 1251/1999, de 16 de julio. Sociedades anónimas deportivas.



DESCARGAR EN PDF

TEMA 5. LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Libro:

- La discapacidad, ¿cómo reconocerla?

La discapacidad, ¿cómo reconocerla?

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csd.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148913)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: La discapacidad, ¿cómo reconocerla?

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: miércoles, 30 de abril de 2025, 15:51

Tabla de contenidos

1. INTRODUCCIÓN

2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS PRINCIPALES DISCAPACIDADES

- 2.1. Discapacidades sensoriales
- 2.2. Discapacidad física
- 2.3. Discapacidad intelectual

3. CONDICIONANTES DERIVADOS DE UN TIPO DE DISCAPACIDAD PARA LA PRÁCTICA FÍSICO DEPORTIVA. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD Y MATERIAL ESPECÍFICO UTILIZADO

- 3.1. Discapacidades sensoriales
- 3.2. Discapacidad física
- 3.3. Discapacidad intelectual

4. LOS TIPOS DE PROGRAMA DE INICIACIÓN DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- 4.1. Las estrategias de los programas de concienciación y sensibilización hacia la práctica deportiva para personas con discapacidad en contextos de ocio activo, educativos y deportivos
- 4.2. Los programas de iniciación deportiva en contextos de ocio activo, educativos, asistenciales y deportivos destacando aquellos relacionados con la inclusión en contextos deportivos generales

5. BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

6. BIBLIOGRAFÍA

7. WEBGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad muchas veces son puestas como ejemplo de superación personal, especialmente aquellas que practican algún tipo de actividad físico-deportiva. Sin embargo, cuando vemos a una persona con discapacidad en cualquier entorno, solemos fijarnos en sus limitaciones, dejando de lado a “la persona”, sus capacidades y sus posibilidades. Es habitual prejuzgar y poner etiquetas a las personas, y en el caso de personas con discapacidad esas etiquetas se centran en sus limitaciones y no en sus posibilidades. La problemática de este tipo de prejuicios es que se convierte en una barrera importante que dificulta la participación real de las personas con discapacidad en los entornos deportivos. Es preciso romper esta tendencia y llegar a **conocer** a la persona **antes de juzgar**, no fijarnos en la discapacidad si no en la persona.

Es habitual escuchar en distintos ambientes diferentes maneras de referirse a las personas con discapacidad creando en muchas ocasiones confusión en este tema ¿discapacitado? ¿diversidad funcional? ¿minusválido? Como profesionales nos convertimos en “modelos” para otras personas como nuestros deportistas, sus familias, el entorno deportivo, etc. donde el trato y el lenguaje utilizado en relación a la discapacidad será imitado. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la legislación vigente en España y de las entidades representativas del sector de la discapacidad, se debe primar el uso de los términos deporte de personas con discapacidad y deportista con discapacidad. Se desaconseja el uso de términos como “diversidad funcional”, “otras capacidades” o “capacidades diferentes” (Libro Blanco del Deporte para personas con discapacidad, 2018).

La terminología utilizada en el ámbito de la discapacidad ha evolucionado sustancialmente desde la década de los 80 hasta nuestros días. Hasta el año 2001 la Organización Mundial de la Salud, trataba la discapacidad como una enfermedad, y por tanto debía ser abordada desde el ámbito médico. A partir de 2001, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF;Organización Mundial de la Salud, 2001) evalúa una condición de salud, identificando los componentes de dicha salud o las “consecuencias” de enfermedades u otros estados de salud, estableciendo una neutralidad en la etiología de la discapacidad o los trastornos que puede presentar una persona, cuestión que la clasificación anterior no realizaba (Pérez-Tejero & Ocete, 2021).

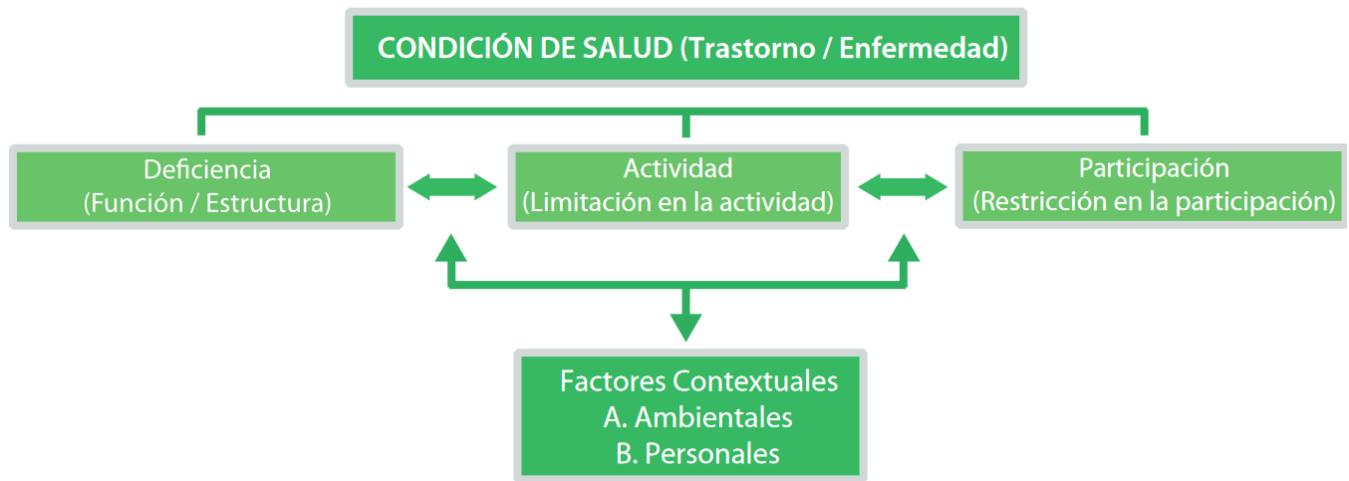
Por ello, la actual clasificación entiende que la discapacidad es una interacción de la persona con su entorno, no “estigmatizando” en base a la discapacidad ya que la causa puede estar localizada en el entorno del sujeto. La CIF contempla la importancia y efecto sobre la salud de los “determinantes de salud” o “factores de riesgo” que estudia y clasifica bajo el término “factores ambientales” que describen el contexto donde el individuo se desarrolla. Por otro lado, la CIF establece un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. Como profesionales del deporte es importante utilizar de manera adecuada cada uno de ellos, conociendo en cada caso a qué nos referimos. En 1980 la Organización mundial de la salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía (CIDDM) en la que se establecían los siguientes términos:

- **Deficiencia:** Se trata de cualquier pérdida o anomalía de la estructura o el funcionamiento psicológico,fisiológico o anatómico. Estas deficiencias pueden ser temporales o permanentes. Por ejemplo, tener afectado un hueso del oído interno, una malformación en la médula espinal o un desprendimiento de retina.
- **Discapacidad:** Cualquier restricción o falta de capacidad que impida llevar a cabo una actividad en el modo o grado que se considera normal para el ser humano. Por ejemplo, en el caso la discapacidad de una persona con desprendimiento de retina sería no ver al 100% o en una persona con lesión medular sería no caminar.
- **Minusvalía:** desventaja de un individuo, resultante de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de sus funciones de forma normal.

De gran importancia es la inclusión de un apartado dedicado a los **factores contextuales**, tanto personales como ambientales, que pueden facilitar o limitar el desenvolvimiento autónomo de las personas con discapacidad. Los términos aportados en esta clasificación son:

- **Funciones y estructuras corporales:** Las deficiencias se entienden como una expresión del estado de salud, no se indica que esté presente una enfermedad. Por ejemplo, se habla del grado de las funciones mentales e intelectuales, funciones músculo esqueléticas, estructura del sistema nervioso, etc.
- **Actividades:** Hace referencia a las limitaciones de la actividad como consecuencia de las dificultades que tiene para la ejecución de la misma. Las limitaciones suelen clasificarse en psíquicas (mentales, retraso mental, socio afectivas) o somáticas (órgano motoras, sensorio motoras, relacionadas con el envejecimiento, coronarias, relacionadas con la maternidad).
- **Participación:** Acto de involucrarse en una actividad vital. Se consideraría la restricción de la actividad física como un problema que un individuo puede experimentar. Cuanto mayor es el grado de restricción mayores son las dificultades para desempeñar actividades

consideradas normales..



Modelo de la discapacidad incorporado en la CIF, actualmente en vigor

La importancia de los factores ambientales radica en que en función de cómo se presenten pueden ser una barrera o un facilitador de lo físico, lo social y lo actitudinal a distintos niveles. Por ejemplo, la actitud es neutra, pero si un técnico deportivo tiende a ayudar y entender la discapacidad y es sensible hacia ella, será un facilitador de la práctica deportiva, mientras que si no lo hace y muestra actitud de rechazo será una barrera (Ocete, 2021).

2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS PRINCIPALES DISCAPACIDADES

El concepto actual de la discapacidad definida por la CIF (OMS, 2001) es la “interacción entre el estado de salud de una persona con sus factores ambientales y personales que pueden ser facilitadores o limitadores en una actividad determinada afectando de este modo a su participación en dicha actividad”. Se distinguen tres tipos generales de discapacidad: física, sensorial e intelectual

Datos de persona con discapacidad en España

(Informe Olivenza, 2018)

En España hay un total de 1.774.800 personas con discapacidad en edad activa, lo que supone un 5,9% de la población.

2.1. Discapacidades sensoriales

2.1.1 Discapacidad sensorial visual

Definición de ceguera y deficiencia visual de la ONCE

El 80% de la información necesaria para nuestra vida cotidiana implica el órgano de la visión, los ojos. Esto supone que la mayoría de las habilidades que poseemos, de los conocimientos que adquirimos y de las actividades que desarrollamos las aprendemos o ejecutamos basándonos en información visual.

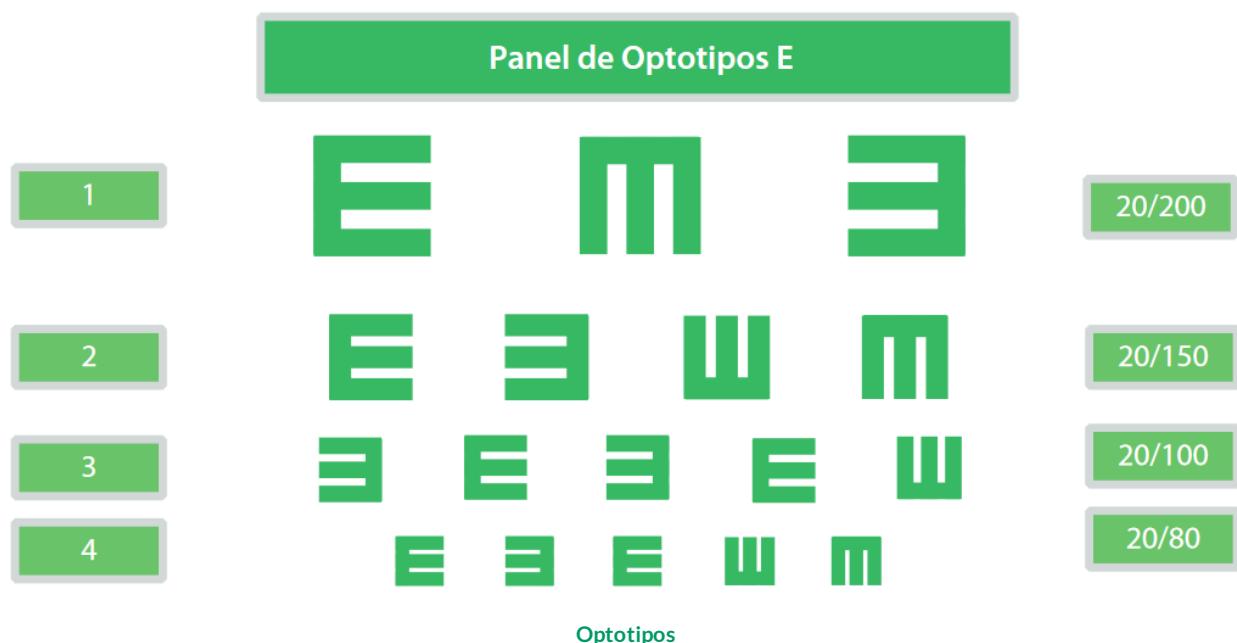
Cuando hablamos en general de ceguera o deficiencia visual nos estamos refiriendo a condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual. Más específicamente, hablamos de personas con ceguera para referirnos a aquellas que no ven nada en absoluto o solamente tienen una ligera percepción de luz (pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos).

Por otra parte, cuando hablamos de personas con deficiencia visual queremos señalar a aquellas personas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta. Por tanto, las personas con deficiencia visual, a diferencia de aquellas con ceguera, conservan todavía un resto de visión útil para su vida diaria (desplazamiento, tareas domésticas, lectura, etc.).

La visión representa un papel central en la autonomía y desenvolvimiento de cualquier persona cobrando más importancia en la etapa infantil. Las diferentes patologías y alteraciones oculares pueden reducir en diversos grados o anular la entrada de esta información visual imprescindible para nuestro desempeño diario y bienestar.

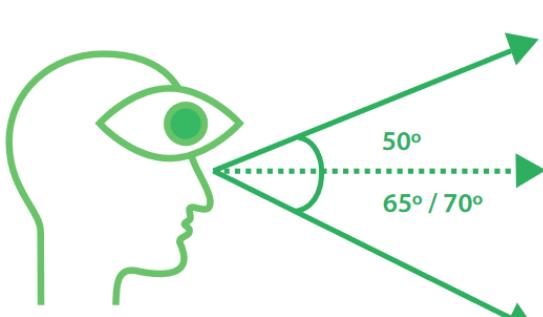
Existen dos elementos que determinan el funcionamiento visual. La **agudeza visual** y el **campo visual**.

La **agudeza visual** es la capacidad para discriminar claramente detalles finos en objetos o símbolos ya sea de cerca o de lejos. La visión normal se considera 1 y la ceguera 0. Para su valoración se utilizan optotipos, escalas con figuras o símbolos decrecientes. La valoración de la agudeza visual se realiza normalmente utilizando **optotipos**.

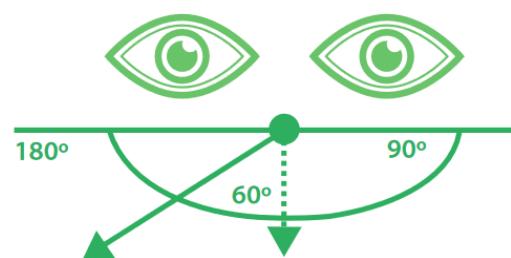


Para su medida se emplea la escala de Wecker, que se expresa mediante una fracción. Ej: el valor 1/10 significa que la persona con deficiencia visual ve a 1 metro lo que una persona con agudeza visual normal ve a 10 metros. Si convertimos la fracción en decimales obtendríamos el valor 0,1. Una visión nula se correspondería con un valor 0 y una visión normal con un valor 10.

El **campo visual** hace referencia a la amplitud del espacio o campo que el ojo es capaz de percibir sin efectuar movimiento.



Campo visual vertical



Campo visual horizontal

Concepto de ceguera legal en España

Disponer en ambos ojos al menos de una de las siguientes condiciones visuales:

- *Agudeza visual (AV) igual o inferior a 0,1 (1/10), obtenida con la mejor corrección óptica posible.*
- *Campo visual reducido a 10 grados o menos*

En función de estos aspectos se establecen tres grupos de personas con “baja visión”: Personas con visión periférica, con visión central y con visión borrosa.



Debemos tener en cuenta que

la mayor parte de la información que una persona obtiene de su entorno (80%) es recibida por vía visual, por lo que resulta evidente que tener una limitación total o parcial en ella va a suponer encontrarse con ciertas dificultades en la vida diaria, para conseguir la autonomía personal, el acceso a la formación académica y también para la práctica de actividad física o deportiva.

Si una persona es ciega de nacimiento o bien el déficit visual ha aparecido al cabo de unos años, si se ha manifestado de forma brusca o por el contrario ha sido de manera progresiva, condicionarán los aprendizajes obtenidos y la percepción de uno mismo y del mundo que les rodea será diferente en cada uno de esos casos.

Por otra parte, la propia actitud de la persona con discapacidad visual y la de su familia, la forma en que asumen su deficiencia puede variar tremadamente las posibilidades de desarrollo personal y socio afectivo.

Asimismo, su escolarización en centros especializados o convencionales que cuenten con especialistas capaces de tratar adecuadamente la diversidad posibilitará que el retraso del niño ciego o deficiente visual sea el mínimo en relación a los demás.

Por lo tanto, intentar describir un modelo de "persona con discapacidad visual" no es posible, aunque sí lo es enumerar una serie de situaciones que "pueden" presentarse de forma aislada o combinada, sobretodo en el caso de ciegos congénitos. Inseguridad, soledad, dependencia, baja autoestima, imagen corporal restringida, expresión facial pobre, postura característica (espalda ligeramente curvada, cabeza un poco inclinada hacia un lado, como manteniendo una posición de alerta y atención), marcha típica pues al caminar los brazos no se mueven bien coordinados con los pasos, suelen llevarlos a la altura del estómago para protegerse.

En sus desplazamientos exteriores la persona con discapacidad visual, puede hacerlo de forma completamente autónoma, siempre que sea lo suficientemente hábil como para orientarse. Cuentan para ello de dos ayudas importantes: el bastón y el perro guía.



Datos de discapacidad visual en España

En el mundo hay al menos 2200 millones de personas con deterioro de la visión.

En España hay aproximadamente 70.000 personas afiliadas a la ONCE, de las cuales el 20% son ciegos totales y el resto tienen una discapacidad visual (Web de la ONCE, 2021)

2.1.2 Discapacidad sensorial auditiva

Definición de sordera según la FIAPAS

(Confederación Española de Personas Sordas)

La sordera, se refiere a la pérdida o anormalidad de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral.

Clasificaciones de la Sordera

Según el momento de adquisición:

- *Sordera o hipoacusia prelocutiva: la pérdida auditiva está presente antes de que se haya desarrollado el lenguaje.*
- *Sordera o hipoacusia postlocutiva: la pérdida auditiva aparece cuando ya existe lenguaje.*

Según la localización de la lesión:

- *Sordera o hipoacusia de conducción o de transmisión: presentan alteraciones en la transmisión del sonido a través del oído externo y medio.*
- *Sordera o hipoacusia de percepción o neurosensorial: es debida a lesiones en el oído interno o en la vía nerviosa auditiva.*
- *Sordera o hipoacusia mixta: la causa es conductiva y de percepción.*

Según el grado de pérdida auditiva:

- **Sordera o hipoacusia leve:** el umbral de audición está situado entre (20 y 40 dB).
 - **Sordera o hipoacusia media:** la pérdida auditiva se encuentra entre (41 y 70 dB).
 - **Sordera o hipoacusia severa:** la pérdida auditiva se sitúa entre los (71 y 90 dB).
 - **Sordera o hipoacusia profunda:** en este caso la pérdida auditiva supera los 90 dB y se sitúa entre (91-100 dB).
 - **Sordera total o cofosis:** Ausencia total de audición de estímulos sonoros.
-

La audición es la vía principal a través de la que se desarrolla el lenguaje, y éste es el elemento facilitador de las relaciones sociales por lo que, en el niño sordo, es posible que esa restricción en la posibilidad de comunicarse vaya acompañada de una dificultad a la hora de compartir juegos con otros niños de su edad. Dicha situación puede también restringir su bagaje motor y ser la consecuencia de un retraso en la adquisición de los patrones motores asociados a su edad. Será vital que la familia y el centro educativo se impliquen desde el primer momento en propiciar la adquisición de lenguajes alternativos que minimicen la incidencia del déficit en el desarrollo integral del niño sordo.

Podemos destacar algunas **características psicomotrices, cognitivas y afectivas** que personas con sordera pueden presentar, pero debemos tener en cuenta que el déficit auditivo por sí sólo no determina dichas características, sino la combinación de éste con el resto de los elementos presentes en el desarrollo evolutivo de la persona.

A nivel psicomotor la ausencia o limitación de la audición convierte al sentido de la vista en el protagonista del proceso de obtención de la información del entorno, lo que implica un aumento considerable de la exigencia atencional para este canal. Algunas personas con discapacidad pueden presentar problemas de equilibrio como consecuencia de lesiones en el aparato vestibular asociadas al déficit auditivo. Sin embargo, estos problemas de equilibrio y otros relacionados con la adquisición de capacidades como la coordinación, la orientación espacio-temporal y los desplazamientos pueden deberse a la exigencia atencional en todo lo que les rodea, de tal manera que puede provocar que al niño sordo le resulte difícil seguir una línea recta imaginaria por estar pendiente visualmente del entorno que le rodea.

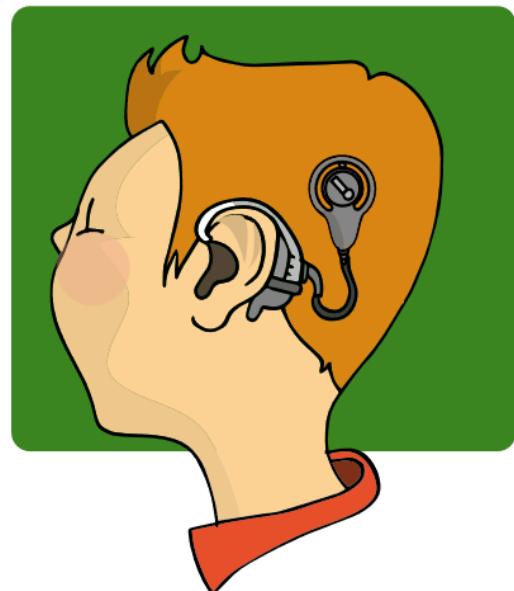
A nivel cognitivo es propenso a

presentar problemas de atención, dada la fatiga atencional que puede presentar a nivel visual. El niño sordo adquiere el mismo nivel de desarrollo cognitivo que el oyente, aunque más lentamente, es capaz de realizar juego simbólico, aunque con mayor retraso y limitaciones que los oyentes y utiliza códigos que reflejan las características del lenguaje natural de éstos, el lenguaje gestual.

A nivel socioafectivo el alumno con discapacidad auditiva puede ser esquivo e introvertido y manifestar un alto nivel de frustración por lo que será necesario reforzar su autoconfianza para aumentar así aumentar su motivación.

Las posibilidades de comunicación de la persona sorda condicionarán que puede manifestar una actitud pasiva, irascible o desinteresada.

Las personas sordas o con déficit auditivo cuentan con ayudas protésicas que facilitan la audición, las más habituales son el **audífono** y el **implante coclear**.



La palabra "sordomudo" se usa inadecuadamente para referirse a las personas sordas. Muchas personas sordas no han aprendido a hablar con voz, pero eso no significa que no puedan hacerlo, pues sus cuerdas vocales no están afectadas y "hablan" y se comunican con medios alternativos al lenguaje oral como la lengua de signos, no son "mudos".

Datos de discapacidad auditiva en España

Según la Encuesta del Instituto Nacional de Estadística (2008), la población con discapacidad auditiva en España está en torno al millón de personas (es decir, un 2,3% de la población total) de las cuales más de cien mil tienen sordera profunda.

2.2. Discapacidad física

Definición de discapacidad física de COCEMFE

(Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica)

La discapacidad física presenta limitaciones en la realización de movimientos. También pueden estar afectadas otras áreas como el lenguaje o la manipulación de objetos. Algunos ejemplos conocidos pueden ser la parálisis cerebral, la espina bífida o las amputaciones.

En la discapacidad orgánica son los órganos internos los que están dañados, por eso muchas veces se asocia a enfermedades que no son perceptibles. Algunos ejemplos conocidos son fibrosis quística, trasplantes de riñón, de pulmón, cardiopatías, etc.

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF, 2001), hablaremos de discapacidad física como una alteración del aparato motor o locomotor causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso central, del sistema muscular, del sistema óseo o de una interrelación de los tres sistemas que dificultan o imposibilita la movilidad funcional de una o diversas partes corporales. Puede ser permanente o transitoria, limita algunas actividades de la vida diaria y es de etiología muy variada. En definitiva, nos referimos a la capacidad para desplazarse, manipular objetos, girar, estabilizarse, coordinar el movimiento o saltar, es decir, las habilidades motrices básicas y capacidades coordinativas.

Clasificación de la discapacidad física

A hora de clasificar la discapacidad física o motriz debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- *El momento en el que se produce la alteración:*
 - Congénita. La alteración en el funcionamiento es de nacimiento ya sea heredada o producida durante el periodo embrionario por factores ambientales u orgánicos o en el momento del parto.
 - Adquirida. Debido a factores ambientales u orgánicos. Un gran número de casos se deben a accidentes traumáticos.
- *La evolución de la alteración:*
 - Degenerativa.
 - No degenerativa.
- *El origen de la lesión:*
 - Cerebral.
 - Espinal.
 - Osteoarticular.
 - Vascular.
 - Muscular.
- *El nivel de afectación y su extensión:*
 - La lesión puede provocar alteración del movimiento en diferentes zonas del cuerpo. Monoplejia, hemiplejia, paraplejia o tetraplejia.
 - Dicha alteración puede provocar parálisis, paresia (dificultad de movimiento) u otros síntomas como espasticidad (rigidez), ataxia (incoordinación), atetosis (temblores o espasmos involuntarios), etc.
- *La duración de la alteración:*
 - Temporal.
 - Permanente.

Los casos más frecuentes de discapacidad física están originados por:

- Lesiones en la médula espinal por accidentes o por malformaciones congénitas (espina bífida).
- Parálisis cerebral.
- Daño Cerebral Adquirido (DCA).
- Amputaciones.
- Baja estatura o enanismo.
- Enfermedades neuromusculares.

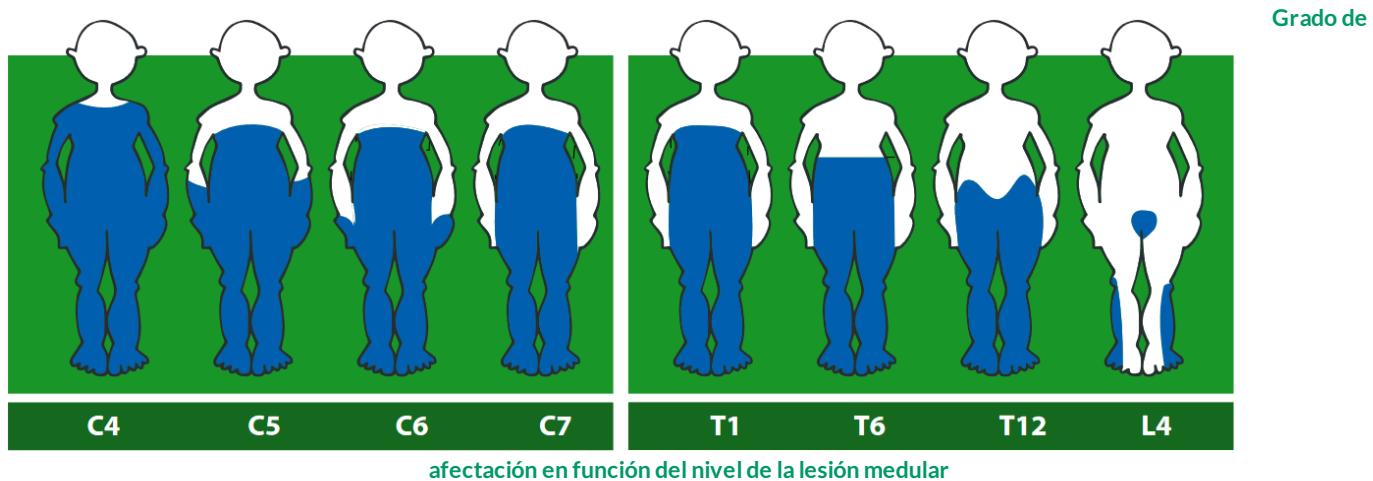
2.2.1 La lesión medular.

La **lesión medular** se define como “una commoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión” (Rueda y Aguado, 2003). El daño puede implicar ausencia de control motor voluntario de los músculos esqueléticos, pérdida de sensación y pérdida de función anatómica.

El alcance de tales pérdidas depende de:

- El nivel de la lesión (cervical, dorsal o torácica, lumbar o sacra).
- La cantidad del daño neural (grado de afectación de la médula: completamente o parcialmente dañada).

Normalmente se deben a accidentes traumáticos.



Dependiendo de este nivel, las deficiencias que provoca a nivel de piernas, brazos y/o tronco, tanto a nivel fisiológico, sensoriomotor, locomotor, neuromuscular y autonómico: a mayor altura vertebral de la lesión, mayor afectación funcional, implicando pérdida de sensibilidad, función motora, actividad refleja, tono muscular y control termorregulador:

- Tetraplejia: quedan afectados los segmentos medulares cervicales, produciendo una afectación de las extremidades superiores a distinto nivel, y una afectación total del tronco y extremidades inferiores, en cuyo caso hablaremos de afectación tetrapléjica (niveles C1-C8 y T1).
- Paraplejia alta: queda afectado parcialmente el tronco y abdomen y totalmente las extremidades inferiores (nivel T2- T12).
- Paraplejia baja: queda afectado parte de la zona abdominal y totalmente las extremidades inferiores (L1-L5, S1-S4).

La **Espina Bífida** la define la Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia como “una malformación congénita que consiste en la falta de fusión de uno o varios arcos vertebrales posteriores. A través de esta apertura, el contenido del canal neural (médula espinal) puedes salir al exterior, creando una protusión meníngea medular. Esta malformación puede presentarse en cualquier nivel de la espalda del niño, pero lo más frecuente es que ocurra en la región lumbosacra”. La gravedad depende del tamaño y localización de la apertura.



2.2.2 Parálisis cerebral

La **Parálisis Cerebral** la define ASPACE (Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral y Afines) como “un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e interferir en el desarrollo del sistema nervioso central”.

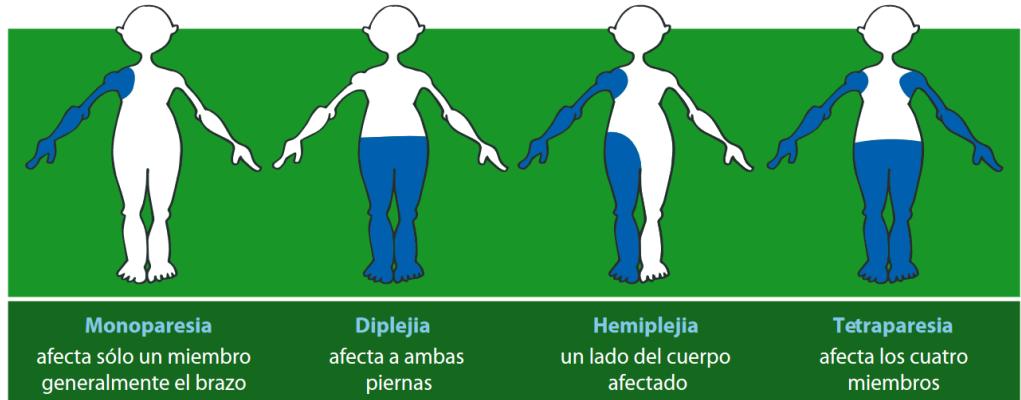
Hablamos de parálisis cerebral cuando la lesión se produce **antes de los 3 años**. La lesión es **irreversible** y **no evoluciona**. Los trastornos resultantes de la parálisis cerebral son múltiples y complejos. El más frecuente y evidente se caracteriza por alteraciones en la postura, tono muscular y movimiento, pero también pueden asociarse trastornos sensoriales, perceptivos, cognitivos, respiratorios, epilepsia,

trastornos del lenguaje, de conducta, etc.

Según la afectación motora distinguimos los siguientes tipos de parálisis cerebral: Espástica, atetósica, atáxica y mixta.

- **Parálisis cerebral espástica:** Espasticidad significa rigidez por lo que las personas que tienen esta clase de parálisis cerebral encuentran dificultad para controlar algunos o todos sus músculos. Se da en un porcentaje de un 60-70% de las personas con parálisis cerebral. La parálisis cerebral espástica se produce normalmente cuando las células nerviosas de la capa externa del cerebro o corteza, no funcionan correctamente.
- **Parálisis cerebral atetoide:** Se caracteriza, principalmente, por movimientos lentos, involuntarios (que se agravan con la fatiga y las emociones y se atenúan en reposo, desapareciendo con el sueño) y descoordinados, que dificultan la actividad voluntaria. Puede ser que a las personas con este tipo de parálisis cerebral sea difícil entenderles debido a que tienen dificultad para controlar su lengua, su respiración y las cuerdas vocales. La parálisis cerebral atetoide es el resultado de que la parte central del cerebro no funcione adecuadamente.
- **Parálisis cerebral atáxica:** Las personas con parálisis cerebral atáxica tienen dificultades para controlar el equilibrio debido a una lesión en el cerebelo. Según el alcance de la lesión, estas personas pueden llegar a caminar, aunque lo harán de manera inestable.
- **Parálisis cerebral mixta:** La parálisis cerebral mixta se produce cuando el cerebro presenta lesiones en varias de sus estructuras, por lo que, en general, no se manifestarán las características de los diferentes tipos en sus formas puras, sino que existirán combinaciones.

Según las extremidades afectadas hablaríamos de **Monoparesia/Monoplejia** (un solo miembro afectado), **Paraparesia/Paraplejia** (normalmente afectación en los miembros inferiores), **Hemiparesia/Hemiplejia** (un lado del cuerpo), **Tetraparesia/Tetraplejia:** afectación de los miembros superiores e inferiores y, generalmente, de cara y cuello.



2.2.3 Daño cerebral adquirido

El **Daño Cerebral Adquirido** o **DCA** lo define FEDACE (Federación Española de Daño Cerebral) como “*el resultado de una lesión súbita en el cerebro que produce diversas secuelas de carácter físico, psíquico y sensorial. Estas secuelas desarrollan anomalías en la percepción sensorial, alteraciones cognitivas y alteraciones del plano emocional.*” Las principales causas son traumatismos craneoencefálicos (TCE), los accidentes cerebrovasculares (ACV o ictus), los tumores cerebrales, las anoxias cerebrales y las infecciones cerebrales.

2.2.4 Amputaciones

Amputaciones. Ausencia de miembros debido a accidentes traumáticos, malformaciones congénitas u otras enfermedades. En muchos casos se utiliza una prótesis para sustituir el miembro amputado.

2.2.5 Baja estatura o enanismo.

Baja estatura o enanismo. Se trata de un trastorno del crecimiento de una persona que se caracteriza por una estatura y un peso inferiores a la media, a menudo acompañados de desproporción. La causa más frecuente es la acondroplasia.

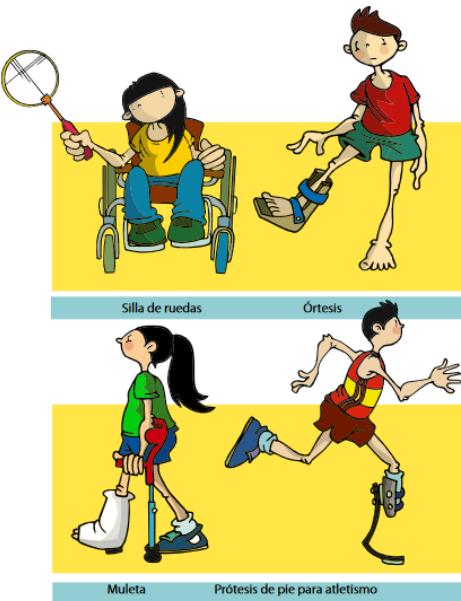
2.2.6 Enfermedades neuromusculares

Enfermedades neuromusculares. Según la ASEM (Asociación Española de Enfermedades Neuromusculares) “*las enfermedades neuromusculares son un conjunto de más de 150 enfermedades neurológicas, de naturaleza progresiva, en su mayoría de origen genético y su principal característica es la pérdida de fuerza muscular. Son enfermedades crónicas que generan gran discapacidad, pérdida de la autonomía personal y cargas psicosociales.*” Todavía no disponen de tratamientos efectivos, ni curación y su aparición puede producirse en cualquier etapa de la vida, pero más del 50% aparecen en la infancia. También se conocen con el nombre de miopatías.

A la vista de la variabilidad que ofrece la discapacidad física resulta imposible hablar de unas **características** comunes de las personas en esta situación. Según Reina y Sanz (2012) “*La gran variedad de formas que puede tomar una discapacidad física, unido a los numerosos grados de afectación que cada una de ellas puede mostrar, sumado al momento de aparición en el proceso de desarrollo de la persona, hacen difícil generalizar o concretar las principales repercusiones en el desarrollo motor y perceptivo-motor de la persona que presenta una discapacidad física-funcional.*”

La discapacidad, ¿cómo reconocerla?

Las oportunidades de interacción con el medio, el volumen y calidad de las experiencias, así como la interacción con otras personas determinarán su desarrollo personal y social. El “**entorno**” será el elemento **facilitador** de oportunidades que le permitan desarrollar sus potencialidades motrices, **independientemente de sus limitaciones**.



Muchas personas con discapacidad física utilizan materiales de apoyo que les facilitan la realización de actividades de la vida diaria y que les permiten superar numerosas barreras y optar a la autonomía personal.

Existen ayudas técnicas y **materiales de apoyo** que les permiten desplazarse dentro y fuera del hogar (muletas, andadores, sillas de ruedas, ótesis, sillitas salva escaleras etc.) a las personas con limitaciones en la posibilidad de desplazamiento, realizar tareas domésticas como vestirse, asearse, cocinar, comer o beber, a las personas con limitaciones en la movilidad, la coordinación o la fuerza de los miembros superiores.

El CEAPAT es el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. Una de sus funciones es “servir de referencia y excelencia en accesibilidad y diseño para todos, productos de apoyo e interacción digital, en beneficio de una sociedad avanzada para todas las personas”. Una completa [Guía de materiales de apoyo](#) se encuentra disponible su Web <http://www.ceapat.es/>

Datos de discapacidad física en España

El Informe Olivenza publica en el 2018 que, en España, la discapacidad la física registra los mayores porcentajes, representando el 43,8% del total de discapacidades correspondiendo a 806 mil personas.

2.3. Discapacidad intelectual

La Asociación Americana de Discapacidad Mental (AAMR, 2011), se refiere a la discapacidad intelectual como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual (razonamiento, aprendizaje, resolución de problemas) como en la conducta adaptativa, que cubre una gama de destrezas sociales y prácticas cotidianas. Estas limitaciones se dan en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo).

Dicha discapacidad se manifiesta antes de los 18 años. Utilizaremos el término personas con discapacidad intelectual para referirnos a este colectivo.

Históricamente la clasificación del grado de discapacidad mental ha girado en torno al resultado obtenido en las pruebas que determinan el **Cociente Intelectual** (CI) que es el resultado de dividir la **Edad Mental** (EM) por la **Edad Cronológica** (EC) de la persona y multiplicar el resultado por 100.

Inicialmente la condición de discapacidad intelectual incluía tres aspectos que deben presentarse de forma conjunta:

- Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
- Limitaciones en la conducta adaptativa.
- Debe manifestarse antes de los 18 años.

En función de este criterio se establecen, en un **primer paso**, las siguientes categorías:

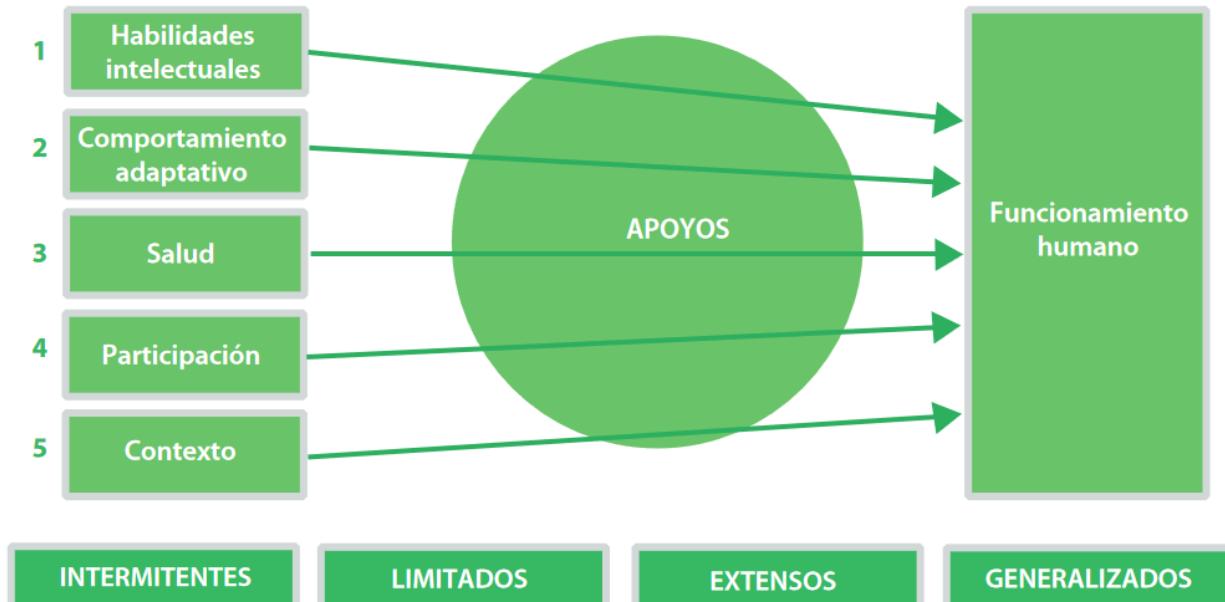
Discapacidad intelectual	Cociente intelectual
LIGERA	50-55 a 70
MODERADA	35-40 a 50-55
SEVERA	20/25 a 35-40/50
PROFUNDA	<20

No obstante, la utilización de este criterio de forma exclusiva no es recomendable ya que no contempla la capacidad de trabajo futuro de la persona y tampoco tiene en cuenta los aspectos culturales que le acompañan, sus experiencias previas o la educación recibida, situaciones del entorno que han podido limitar su desarrollo intelectual.

Por eso esta clasificación ha sido sustituida por otra más completa que tiene en cuenta tres "dimensiones" más, aparte del funcionamiento intelectual y conducta adaptativa, y que constituiría un **segundo paso** en la clasificación:

- Habilidades y carencias desde el punto de vista psicológico-emocional.
- Salud física general y etiología del retraso mental.
- Ambiente actual del individuo y del entorno óptimo que facilitaría su crecimiento y desarrollo.

Un tercer y último paso sería establecer los apoyos que precisan las personas para vivir una vida propia de calidad en relación con los demás, restando protagonismo a las limitaciones presentes. El 90% de las personas con DI no requiere de apoyos, o de apoyo intermitente o limitado. La intensidad de apoyos que una persona con discapacidad intelectual requiere, variará en función de las personas, las situaciones y fases de la vida. Se distinguen cuatro tipos de apoyos (Antequera et al., 2008):



Modelo Multidimensional del funcionamiento humano. Luckasson et al., 1992.

La combinación de la intensidad de los apoyos y las áreas o dimensiones en las que se hacen tiene como finalidad buscar el máximo funcionamiento y desarrollo posible de la persona.

Es importante señalar que la discapacidad intelectual está englobada en un concepto más amplio como el de "[Discapacidad del desarrollo](#)" que incluye a todas aquellas discapacidades que se originan en los primeros 18 años de vida y que tienen en común limitaciones en áreas relevantes de la vida, tales como el lenguaje, el aprendizaje, la movilidad, el autocuidado y la vida independiente. En este concepto más amplio encontramos trastornos, enfermedades o síndromes que comparten en mayor o menor medida las limitaciones expuestas anteriormente.

Los grupos más significativos son los siguientes: Síndrome de Down y los TEA (Trastornos del Espectro del Autismo).

2.3.1 Síndrome de Down

La Federación representante de personas con Síndrome de Down ([Down España](#)) ofrece los siguientes datos sobre el síndrome de Down:

- Es una alteración genética que se produce por la presencia de un cromosoma extra en el par 21 en lugar de los dos que existen habitualmente; por ello, este síndrome también se conoce como trisomía 21.
- El síndrome de Down es la principal causa de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más común. El síndrome de Down [no es una enfermedad](#) y no existen grados de síndrome de Down, pero el efecto que la presencia de esta alteración produce en cada persona es muy variable.

Cifras:

- Se produce de forma espontánea, en todas las etnias y en todos los países, con una incidencia de una por cada 600-700 concepciones en el mundo.
- El único factor de riesgo conocido es la edad materna (especialmente cuando la madre supera los 35 años) y, de manera muy excepcional, en un 1% de los casos, se produce por herencia de los progenitores.
- Se estima que en España viven unas 34.000 personas con síndrome de Down, y un total de seis millones en el mundo.
- Entre el 30% y el 40% de las personas con discapacidad intelectual tienen síndrome de Down.

No existen grados de síndrome de Down, pero el efecto que la presencia de esta alteración produce en cada persona es muy variable. Hay niños con síndrome de Down que presentan patologías asociadas, a veces en mayor prevalencia. El fenotipo de las personas SD, comprende un conjunto de rasgos físicos, de presentación variable de una persona a otra, pero que les da un aspecto característico, en ningún caso aparecen todos ellos en la misma persona: discapacidad cognitiva, hipotonía muscular (disminución del tono muscular en forma generalizada o focal, que generalmente se asocia a déficit en el desarrollo psicomotor) con hiporreflexia (Down España, 2021). [Las personas con síndrome de Down muestran algunas características comunes pero cada individuo es singular, con una apariencia, personalidad y habilidades únicas](#). Tendrán muchos [rasgos físicos propios de su familia](#), además de los [características de las personas con síndrome de Down y algún grado de discapacidad intelectual](#). Su personalidad, aficiones, ilusiones y proyectos serán los que verdaderamente les definan como personas y su discapacidad será sólo una característica más.

La esperanza de vida de una persona con síndrome de Down ha aumentado considerablemente situándose en torno a los 60 años en la actualidad y la salud de los niños con síndrome de Down no tiene por qué diferenciarse en nada a la de cualquier otro niño, sin embargo, también hay niños con síndrome de Down que presentan patologías asociadas. Son complicaciones de salud relacionadas con su alteración genética: cardiopatías congénitas, hipertensión pulmonar, problemas auditivos o visuales, anomalías intestinales, neurológicas, endocrinas...

2.3.2 Trastorno del espectro del autismo. TEA

La Confederación Autismo España indica que "el término Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) hace referencia a un conjunto amplio de condiciones que afectan al neurodesarrollo y al funcionamiento cerebral, dando lugar a dificultades en la comunicación e interacción social, así como en la flexibilidad del pensamiento y de la conducta".

El TEA afecta de manera fundamental a la esencia social del individuo y a su capacidad para responder adaptativamente a las exigencias de la vida cotidiana y acompañará a la persona a lo largo de toda su vida, por eso **afecta no sólo a la persona sino también a la familia**.

Se presenta de manera distinta en cada caso por lo que las **necesidades individuales son muy heterogéneas** y se precisa un **abordaje integral** de las mismas, orientado a facilitar apoyos individualizados, especializados y basados en la evidencia científica que promuevan su calidad de vida y el ejercicio efectivo de sus derechos.

Se dice que es una "**discapacidad invisible**" en el sentido de que no lleva asociado ningún rasgo en la apariencia externa específico, y sólo se manifiesta al nivel de comportamientos.

Cada persona con TEA es diferente a los demás, pero en términos generales presentan **alteraciones de las habilidades de comunicación** verbal y no verbal, tienen un **repertorio limitado de intereses y de conductas** presentando **comportamientos repetitivos** con **problemas para afrontar cambios** en sus actividades y en su entorno, así como una **capacidad limitada para imaginar y entender las emociones** y las intenciones de los demás.

En la actualidad no es posible determinar una causa única que explique la aparición de los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), pero sí la fuerte implicación genética en su origen.

Los trastornos que se incluyen en este "espectro" son los siguientes:

- Trastorno Autista.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno de Rett.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Trastorno generalizado del desarrollo.

No hay estudios oficiales en España sobre la población con TEA pero a nivel europeo se apunta que se da un caso de TEA por cada 100 nacimientos (Autism-Europe aisbl 2015).

Una de las limitaciones presentes en los TEA es la comunicación, por lo que la utilización de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) es habitual y un elemento de gran ayuda. La Comunicación Aumentativa y Alternativa incluye diversos **sistemas de símbolos**, tanto gráficos (fotografías, dibujos, pictogramas, palabras o letras) como gestuales (mímica, gestos o signos manuales) así como el uso de **productos tecnológicos de apoyo**.



La variabilidad de las situaciones de discapacidad intelectual genera gran dificultad a la hora de establecer unas características comunes de las personas con discapacidad intelectual. En términos generales el modelo de desarrollo motor de este colectivo presenta únicamente diferencias en el ritmo de desarrollo que es más lento que el de la población en general.

Según Ríos M. (2003) las características más generales a **nivel motor** de este colectivo serían las siguientes:

- Problemas generalizados de crecimiento físico, que tiende a cesar antes que en el resto de la población lo que ocasiona un peso y estatura menor, especialmente en el Síndrome de Down.
- Desarrollo psicomotor más lento.
- Alteración de la mecánica corporal con trastornos articulares y musculares.
- Condición física inferior a la media, presentando una resistencia cardiovascular alterada y una respiración superficial.
- Alteraciones del tono muscular y de la postura.
- Problemas a nivel perceptivo-motor.
- Escasa eficacia en la ejecución de habilidades motrices básicas.

A nivel cognitivo, del lenguaje y socioafectivo Sanz D. y Reina R. (2012) indican las siguientes características:

A nivel cognitivo y del lenguaje:

- Déficits memorísticos.
- Dificultades en la generalización y asimilación de conceptos abstractos.
- Dificultades para la resolución de problemas complejos.
- Lenguaje pobre con frases cortas y estructuras simples.

A nivel socioafectivo:

- Necesitan supervisión y apoyo.
- Tienen falta de iniciativa y autocontrol ante determinadas situaciones.
- Pueden presentar alteraciones del carácter.
- Manifiestan una mayor tendencia a evitar el fracaso que a buscar el éxito, debido a su bajo autoconcepto.

Datos de discapacidad intelectual en España

Según los datos recogidos por el IMSERSO en las Comunidades Autónomas, a finales de 2015 había en España un total de 268.633 personas con una discapacidad intelectual reconocida (con grado igual o superior al 33%). Esto supone un 9% del total de personas con discapacidad reconocida en España.

3. CONDICIONANTES DERIVADOS DE UN TIPO DE DISCAPACIDAD PARA LA PRÁCTICA FÍSICO DEPORTIVA. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD Y MATERIAL ESPECÍFICO UTILIZADO

3.1. Discapacidades sensoriales

3.1.1. Discapacidad sensorial visual

La ausencia de información visual total o parcial debe ser compensada con la utilización de canales alternativos. En el caso de la discapacidad visual deberán utilizarse los canales auditivo y táctil.

Especialmente en las actividades deportivas que se desarrollan en un entorno cambiante la figura del guía que da información verbal y/o táctil será imprescindible, tanto para informar de la situación inicial como de los cambios que se produzcan en el contexto de práctica.

Las actividades de autorregulación, que se desarrollan en un entorno más estable y que tienen una mayor exigencia a nivel de control corporal y equilibrio, los canales cinestésico y táctil adquieren protagonismo sobre el verbal.

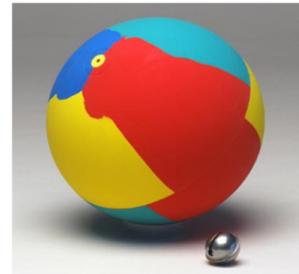
La **seguridad** en la práctica debe ser controlada en todo momento estableciendo un código de aviso en caso de emergencia, como por ejemplo un choque, que se respete siempre y que posibilite que las experiencias sean siempre positivas, evitando así un retroceso en la predisposición del niño o deportista ciego para la práctica deportiva. Comprobar que se reciben y comprenden los mensajes antes de iniciar la práctica.



En cuanto al **material específico**, en las actividades que requieran el uso de balones o pelotas se deberán utilizar **balones sonoros**.

Previamente se ha debido realizar una familiarización con di-cho material utilizando preferiblemente material poco "agresivo", para evitar el rechazo ante posibles impactos dolorosos.

En el caso de deportistas con deficiencia visual los balones deben ser de **colores** que contrasten con el fondo.



Asimismo, en **espacios cerrados** utilizar cinta de color contrastado para indicar posibles obstáculos. Es importante que el entorno de sensación de seguridad por lo que se acolcharan o protegerán los obstáculos.

En los deportes con grandes desplazamientos utilizar cuerdas u otros elementos de acompañamiento o guiado.

Permitir el empleo de las gafas o lentes visuales siempre que la actividad no suponga un riesgo de deterioro para las mismas.

3.1.2. Discapacidad sensorial auditiva

La limitación en la percepción auditiva genera inevitablemente condicionantes a nivel comunicativo, de atención y de concentración.

En la práctica deportiva deberemos sustituir la **información auditiva** por información visual.

En la fase inicial de la información deberemos utilizar diferentes apoyos visuales (murales, gráficas, diferentes colores para identificar y diferenciar contenidos) y realizar varios **ejemplos y demostraciones** prácticas hasta asegurarnos de que el alumno entiende lo que tiene que hacer.

Deberemos asegurarnos de que el deportista tiene una **buenas visibilidad** de la cara del profesor o entrenador pues muchas personas con discapacidad auditiva son capaces de leer en los **labios**. Utilizar un tono de voz natural y normal, sin gritar. Ser expresivo explicando sin exagerar el gesto ni muy rápido ni tampoco muy lento.

El deportista sordo es propenso a presentar problemas de atención, dada la fatiga atencional que puede presentar a nivel visual. Será necesario controlar que **no se aísla** y que participa activamente en la actividad.



Es posible que el déficit auditivo haya ocasionado retraso motor presentando una baja estructuración espacio-temporal, y un deficiente equilibrio y agilidad.

En relación con la velocidad de respuesta, el deportista sordo tiene que efectuar un proceso intelectual que conlleva un retraso para dar la respuesta adecuada.

En cuanto al **material específico** si en la práctica deportiva se utilizan señales acústicas, complementarlas con señales gestuales o visuales (**tarjetas o pañuelos de colores**).

Si hay alumnos con hipoacusia, minimizar los **ruidos ambientales** que no estén relacionados con la tarea a trabajar, y supervisar la utilización de **prótesis auditivas** durante la clase, especialmente en los deportes de contacto y en las actividades acuáticas.

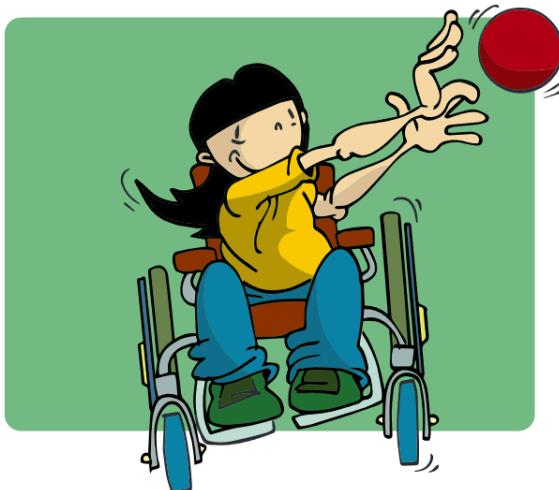
3.2. Discapacidad física

La variabilidad de casos que engloba la discapacidad física dificulta la concreción de los condicionantes para la práctica de este colectivo. Pero, en cualquier caso, estos condicionantes no deben impedir la práctica de actividad física, que sin duda aporta numerosos beneficios a la persona mejorando su calidad de vida.

Nos encontramos con un colectivo con limitaciones motrices de diversa índole, en la mayoría de los casos permanentes. Será labor del técnico deportivo analizar las posibilidades de acción y realizar las adaptaciones en cada caso.

Deberemos conocer la patología de la persona y las posibles implicaciones o riesgos que conlleva la realización de determinadas actividades, preguntando directamente a la persona con discapacidad si no sabemos cómo actuar.

Tendremos en cuenta las alteraciones asociadas a algunas discapacidades por lo que es recomendable recabar información sobre tales circunstancias y cómo actuar si fuera necesario.



Valoraremos la **fatiga** o los cuadros de hipertensión que puede suponer la actividad para algunas personas y modularemos los tiempos de trabajo ofreciendo la posibilidad de tener **descanso** cuando se necesiten.

En el caso de encontrarnos con personas con dificultades a la hora de comunicarse deberemos esforzarnos en utilizar **medios alternativos de comunicación**.

Con personas con limitaciones en los desplazamientos deberemos promover y estimular la ambulación en caso de que disponga de ella.

Ante dificultades para mantener una posición erecta un periodo prolongado de tiempo, cambiaremos a actividades que se hagan sentado o tendido prono/supino.

Con personas que utilizan la silla de ruedas propondremos actividades que mejoren su nivel de destreza en su manejo.

Nos aseguraremos de que la superficie de práctica es adecuada, el **terreno** debe ser liso, no deslizante y llano para favorecer los desplazamientos.

Tendremos en cuenta los siguientes aspectos que tienen que ver con la **seguridad** en la práctica:

- Existirán problemas de equilibrios y de control postural. En las actividades de interacción reducir el riesgo de contactos o caídas.
- El deterioro sensorial en el caso de lesiones medulares puede ser el origen de lesiones que pasan desapercibidas por el sujeto, como rozaduras o úlceras por presión.
- En el caso de actividades en el que intervengan usuarios en sillas de ruedas exclusivamente o con deportistas a pie, vigilar los choques fortuitos que puedan provocar lesiones. Revisar el estado de reposapiés, frenos en sillas no deportivas (vigilaremos que no sean fáciles de accionar durante la actividad). Es recomendable el uso de cubre-radios para evitar lesiones. Revisar los elementos de estabilidad anteroposterior.

Material específico

En la práctica deportiva para personas con discapacidad física se utilizará material de apoyo y ayudas técnicas como elemento facilitador.

Los más habituales son los siguientes.

- **Material de espuma** o cualquier otro material o diseño que facilite la prensión.
- **Sistemas alternativos de comunicación**: tablero Bliss, tablero silábico, plantillas con imágenes, gestos o códigos gestuales.
- **Muletas y andadores** para mantener el equilibrio.
- **Prótesis sustitutivas** de un miembro amputado, en función de la actividad se determinará su uso.
- **Sillas de ruedas**: asistidas, autónomas o motorizadas. Según Reina R, y Sanz D. (2012) será preciso revisar el buen estado de:
 - Respaldos y asientos: deben estar adaptados a las características del usuario. Por ejemplo, en lesiones medulares bajas el respaldo tendrá cierta inclinación vertical para facilitar la estabilidad del tronco, o lesiones altas tendrán un respaldo más bajo que permita la movilidad del tronco en todas las direcciones. Utilizar cojines adecuados, preferiblemente de silicona, que mitiguen la aparición de úlceras por presión o rozamiento.

3.3. Discapacidad intelectual

Las actividades deportivas realizadas por personas con discapacidad intelectual presentan los siguientes condicionantes:



- Las **tareas** propuestas deberán ser de **baja complejidad**, pues aparecerán dificultades en el análisis, procesamiento de la información y la toma de decisiones.
- **Limitaremos el uso del lenguaje** como vehículo de comunicación.
- La eficacia de las acciones motrices básicas será reducida.
- Los bajos niveles de condición física condicionarán las tareas con **exigencia a nivel cardiorrespiratorio**. Deberemos restringir el trabajo de flexibilidad en individuos con hiperlaxitud articular e hipotonía muscular (Síndrome de Down).
- Serán precisos un **apoyo y supervisión** constantes, así como un aumento del tiempo de trabajo para cada tarea.
- Es posible que aparezcan dificultades para mantener la atención y anticiparse, así como cuando planteemos actividades que exijan capacidad de simbolización, creatividad o expresión corporal.
- Aparecerán **dificultades de socialización** y comportamiento adaptativo.
- Los trastornos en el desarrollo del esquema corporal conllevarán problemas en la **comprensión** del mundo que les rodea y de sí mismos.

4. LOS TIPOS DE PROGRAMA DE INICIACIÓN DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El área de actividad física y deporte es idónea para facilitar la inclusión de personas con discapacidad en el deporte. Este escenario no está exento de dificultades, como puede ser las actitudes negativas que son uno de los principales obstáculos en la inclusión de personas con discapacidad en el deporte. La problemática de la falta de conocimiento sobre la discapacidad influye directamente en las actitudes hacia las personas con discapacidad, provocando actitudes negativas y de rechazo (Ocete, Pérez-Tejero, & Coterón-López, 2019).

4.1. Las estrategias de los programas de concienciación y sensibilización hacia la práctica deportiva para personas con discapacidad en contextos de ocio activo, educativos y deportivos

Con el objetivo de dar respuesta a la necesidad de sensibilizar y concienciar a las personas sin discapacidad se suele utilizar la implementación de programas de intervención fundamentados en los deportes adaptados desde una perspectiva inclusiva. Algunas de las estrategias que han mostrado ser más eficaces para sensibilizar y concienciar hacia la discapacidad son: la información, la simulación y el contacto directo (Ocete, 2016):

La información

La información es la base sobre la que se forman las creencias y éstas a su vez determinan el comportamiento de las personas. Una forma habitual de facilitar esta información es a través del contacto personal en un entorno cooperativo como puede ser una persona con discapacidad que dirija la actividad o exponga su experiencia, aumentando este tipo de acciones los efectos de "la entrega de la información".

La simulación

Es una técnica pedagógica que consiste en tratar de imitar a un sistema, entidad, fenómeno o proceso. Sirve como recurso para concienciar de la situación de las personas con discapacidad y pretende mejorar la visión estereotípada de las personas con discapacidad, contribuyendo con la ruptura de falsos mitos. Esta estrategia coloca a las personas sin discapacidad en situaciones que simulen las experiencias funcionales y culturales de la discapacidad. Por ejemplo, cuando simulamos una amputación, una ceguera o una persona con lesión medular usuaria en silla de ruedas, la finalidad es que como entrenadores entendamos los obstáculos y barreras, así como las dificultades en el desempeño de acciones concretas; entender cómo se sienten y valorar las actitudes y ayudas de los que le rodean. Además, nos llevará a descubrir las capacidades y potenciar lo que la persona con discapacidad puede hacer, valorando los recursos compensatorios que pueden emplearse.

Contacto Directo (CD)

Una de las estrategias identificada como más eficaz para conseguir actitudes favorables hacia la discapacidad es el contacto directo con personas con discapacidad, ya que disminuyen los prejuicios. Este contacto debe tener en cuenta la frecuencia, duración, número de personas, si es en contexto competitivo o cooperativo; si es voluntario u obligatorio, las experiencias individuales personales como contacto previo con personas con discapacidad y, por último, el ámbito del contacto (educativo, recreativo...).

Por otro lado, otras estrategias principales utilizadas para sensibilizar y concienciar hacia la discapacidad son:

- a) Apoyos físicos: recursos y espacios;
- b) Apoyos humanos: compañeros, voluntarios, auxiliares, profesionales y especialistas;

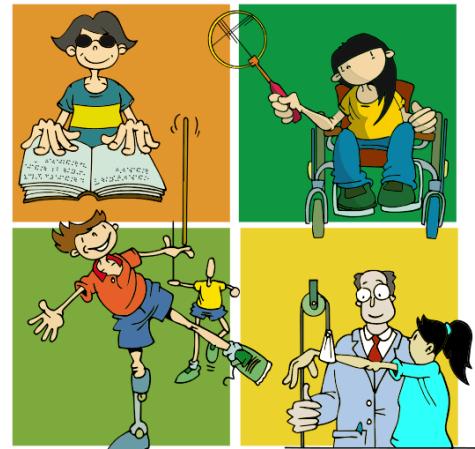
c) Apoyo instructivo: como la orientación sobre los métodos de enseñanza y la comunicación, enfoques para la adaptación de la instrucción, información sobre los objetivos a conseguir, reducción del tamaño de los grupos de trabajo y organización por niveles entre otros.

4.2. Los programas de iniciación deportiva en contextos de ocio activo, educativos, asistenciales y deportivos destacando aquellos relacionados con la inclusión en contextos deportivos generales

La inclusión de personas con discapacidad es un eje prioritario de la política social de la Unión Europea y esencial en la construcción social contemporánea (Unión Europea, 2014). La inclusión social es un proceso asegurador de que personas en riesgo de pobreza y exclusión social aumenten sus oportunidades y recursos para participar activamente en la vida económica, social y cultural, y de que, a su vez, gocen de unas condiciones de vida y bienestar consideradas normales en la sociedad en la que viven. Este concepto de inclusión, extensible en líneas generales a cualquier ámbito, aparece comúnmente relacionado con la prestación de servicios que garanticen alcanzar a todas las personas su máximo potencial cuando forman parte de un entorno o comunidad (Pérez-Tejero & Ocete, 2018).

Existen diferentes posibilidades de práctica deportiva entre personas con y sin discapacidad, y en función el grado de interacción que se produce entre las personas con y sin discapacidad, se pueden dar diferentes tipos de programas (Roldán & Reina, 2018a):

1. **Programas específicos.** Las personas con discapacidad realizan la actividad física o deportiva al margen del grupo de iguales. En el contexto que nos encontramos, podría ser el deporte escolar realizado por niños y niñas que están en régimen de escolarización de educación especial, ya que no es posible su atención adecuada en la escuela ordinaria. Por ejemplo, una escuela de baloncesto adaptado solo con chicos y chicas con discapacidad intelectual.
2. **Programas paralelos.** Este tipo de programas implican un avance en la normalización de las prácticas deportivas y de actividad física para personas con discapacidad, ya que implicaría el compartir instalaciones, materiales, horarios, entre otros. Sin embargo, este modelo organizativo perpetúa la distinción entre el colectivo de personas con y sin discapacidad, si bien garantiza dar respuesta a las necesidades particulares de los primeros por parte de personal especializado. Por ejemplo, cuando en un club de rugby, tienen un grupo de rugby para personas con discapacidad intelectual o en un club de baloncesto tienen un grupo de baloncesto en silla de ruedas.
3. **Programas integrados.** Implican que debe existir una convivencia entre ambos colectivos durante la realización de la actividad deportiva en cuestión, realizando una serie de adaptaciones en las tareas o en el propio programa, que permitan que las personas con discapacidad puedan tomar parte en la actividad de una forma lo más normalizada posible. Este paradigma está en detrimento del modelo inclusivo expuesto con anterioridad, ya que implicaría una respuesta no adecuada a las necesidades de las personas con discapacidad o la no acomodación del contexto donde se lleve la actividad deportiva. Por ejemplo, un club Hípico donde en el mismo grupo haya personas con discapacidad auditiva y sin discapacidad, practicando al mismo tiempo y en el mismo espacio con el mismo entrenador, pero en el que no se tiene en cuenta las necesidades, adaptaciones o consideraciones de la persona con discapacidad auditiva.
4. **Programas inclusivos.** Este tipo de programas representan la total normalización todos sus practicantes. Así pues, la actividad deportiva debe estar planteada de manera que, independientemente de las limitaciones en la práctica que tenga la persona con discapacidad, ésta tiene las mismas oportunidades de participación que el resto de los practicantes. Por ejemplo, una escuela donde chicos y chicas de la misma edad, unos con discapacidad física usuario de silla de ruedas y otros sin discapacidad practican pádel juntos.



En los últimos años en España, se llevan a cabo una serie de acciones dirigidas por entidades de distinta índole que están ayudando a la promoción del deporte para personas con discapacidad, fuera del ámbito de la Administración Pública, donde se están dando algunas iniciativas de gran interés que están tratando de paliar los déficits que encontramos para la promoción del deporte (Roldán & Reina, 2018b). A continuación, se exponen algunos ejemplos de buenas prácticas según el Libro Blanco del deporte para personas con discapacidad (2018) de entidades y programas (ámbito educativo, recreativo y del fitness):

Programas

- Amics de la Boccia: <https://www.fdmvalencia.es/es/club/club-deportivo-amics-de-la-boccia/>
- Equipo Cofidis de Promesas Paralímpicas: <https://www.paralimpicos.es/equipo-cofidis-de-promesas-paralimpicas-de-ciclismo>
- Hospi Sport (Cataluña): <https://esportadaptat.org/hospisport/>
- Hospi Esport (Comunidad Valenciana): <https://ceice.gva.es/es/web/deporte/deporte-adaptado>
- LaLiga Genuine: <https://www.laliga.com/laliga-genuine-santander>
- Plan de fomento de la actividad física y el deporte inclusivo de la Comunidad de Madrid: <https://www.comunidad.madrid/servicios/deportes/plan-fomentar-actividad-fisica-deporte-inclusivo>
- Programa Deporte Inclusivo en la Escuela (DIE): <http://www.deporteinclusivoescuela.com/>
- Programa INCLUYE-T: <https://www.paralimpicos.es/incluye-t>

- Proyecto FER: <https://fundaciontrinidadalfonso.org/proyecto-fer/>
- Trainers Paralímpicos: <https://trainersparalimpicos.fundaciononce.es/>

Entidades

- Asociación Baloncesto sin rasgos: <https://www.sinrasgos.com/>
- Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid): <https://www.alcobendas.org/es/temas/deportes>
- Club deportivo Sagrados Corazones (Cáceres): <https://acdsagradoazon.com/>
- Federación Española Rugby: <https://ferugby.es/rugby-inclusivo>
- Federación Española Deportes de Hielo: <https://www.rfedh.es/deporte-inclusivo/>
- Federación Española de Kárate Pozuelo: <http://www.rfek.es/>
- Federación Española de Triatlón: <https://triatlon.org/paratriatlon/>
- Fundación Emilio Sánchez Vicario: <https://www.fundacionemiliosanchezv.org/>
- Fundación a la Par: <http://clubdeportivoalapar.org/>
- Fundación Deporte y Desafío: <https://deporteydesafio.com/>
- Fundación También: <https://tambien.org/>
- Fundación Real Madrid: <https://www.realmadrid.com/sobre-el-real-madrid/fundacion/proyectos/area-nacional/escuelas-baloncesto-adaptadas>
- Fundación Ura Clan Almería: <https://fundacionuraclan.com/>
- Hegalak: Centro Deportivo y de Salud (San Sebastián): <https://www.hegalak.com/es/>

5. BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Hablar de los beneficios de la práctica deportiva para personas con discapacidad implica asumir que la práctica de actividad física en general es beneficiosa para el ser humano. La actividad física mejora la calidad de vida, aportando beneficios a nivel físico y fisiológico, a nivel psicológico y a nivel socio-afectivo. En el caso de las personas con discapacidad se producen beneficios añadidos en los tres niveles.

1. **A nivel físico y biológico** la mejora de la condición física y la competencia motriz en general va a posibilitar la mejora de su nivel de autonomía personal, especialmente en el caso de personas con una discapacidad física que se encuentran con numerosas barreras físicas en su vida diaria. El sedentarismo es un problema en la población con discapacidad, que en ocasiones incrementa las limitaciones que puedan encontrarse. La realización de un programa de actividad física reducirá esta situación y minimizará consecuencias la obesidad o problemas cardiovasculares. En el caso de niños además contribuirá a completar su desarrollo motor, que en muchos casos podría presentar retrasos importantes como consecuencia de una restricción en las experiencias motrices que ofrecen los juegos y los deportes, no tanto por la propia limitación presente en la persona sino por la existencia de un entorno carente de posibilidades de práctica.
2. **A nivel psicológico** la actividad física mejora la autoconfianza y el autoconcepto, por lo que debemos intentar que las experiencias sean siempre positivas. En muchos momentos pueden presentarse estados emocionales negativos, depresión o ansiedad, que pueden ser superados y prevenidos en un futuro con la práctica regular de actividad física. La actividad física regular permite ampliar las expectativas de práctica deportiva, pudiendo pasar de un contacto con la actividad física con una finalidad meramente rehabilitadora o recuperadora, hasta un descubrimiento de la actividad física con un enfoque recreativo y de ocio, llegando incluso hasta un planteamiento competitivo y de alto rendimiento, añadiéndose en el proceso otros beneficios como la superación personal, la disposición hacia una ocupación activa del tiempo libre o la autoexigencia.
3. Sin duda hay que destacar la importancia de la práctica de actividad física y deportiva **a nivel socioafectivo**, pues supone un instrumento muy eficaz para la inclusión social. La parte más significativa de la práctica deportiva en personas con discapacidad radica en el ámbito social. Desde el ámbito educativo es imprescindible dejar de excluir a los alumnos con discapacidad en las actividades colectivas, convirtiendo en una situación habitual la presencia de alumnos con discapacidad, con discapacidad sensorial o dificultades de aprendizaje en las clases de Educación Física o en las actividades extraescolares culturales en general o deportivas en particular que ofrece el centro educativo. El rechazo social, en gran parte ocasionado por el desconocimiento y los prejuicios, desaparecerá si desde una escuela inclusiva se busca la normalización de la diversidad.

Cuando las personas con discapacidad crecen, comienzan a tener menos acceso a otros contextos que no sean los familiares, más dificultades para interactuar con personas de su edad con sus gustos e intereses lo que provoca aislamiento social. Por este motivo, debemos ser conscientes como profesionales del deporte que la práctica deportiva, se convierte en una herramienta poderosa de inclusión social de las personas con discapacidad.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo (AAIDD). (2011). *Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo*.
- Arribas, H. y Fernández, D. (2015). *Deporte adaptado y escuela inclusiva*. Barcelona: Grao.
- Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal*. Madrid: IMSERSO.
- Down España (2021). *Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down*. Madrid.
- Instituto Nacional Estadística (2000). *Encuesta del Instituto Nacional de Estadística*.
- Instituto Nacional Estadística (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia*.
- Leardi, L., Mendoza, N., Reina, R., Sanz, D., & Pérez-Tejero, J. (Eds.). (2018). *El Libro Blanco del Deporte para Personas con Discapacidad en España: Comité Paralímpico Español, Fundación Once y Comité Estatal de Representantes de Personas con Discapacidad*.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., & Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Mental Retardation.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar social (2018). *Informe Olivenza sobre la situación general de la discapacidad en España*. Observatorio Estatal de la Discapacidad Organización Mundial Salud (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM)*.
- Organización Mundial Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF)*.
- Ocete, C. (2016). "Deporte inclusivo en la escuela": diseño y análisis de un programa de intervención para promover la inclusión del alumnado con discapacidad en Educación Física. Tesis doctoral. Universidad Politécnica de Madrid. Madrid.
- Ocete, C. (2021). *Deporte inclusivo. Aplicaciones prácticas*: Junta de Andalucía. Instituto Andaluz del deporte. ISBN: 978-84-09-27969-2
- Pérez-Tejero, J., & Ocete, C. (2021). La discapacidad y su relación con la salud. In J. L. Hernández-Vázquez (Ed.), *Manual de formación em Badminton Inclusivo: proyecto B4all* (pp. 75-89)
- Pérez-Tejero, J., Barba, M., García-Abadía, L., Ocete, C., & Coterón, J. (2013). *Deporte Inclusivo en la Escuela*. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid, Fundación Sanitas, Psysport.
- Reina, R. y Sanz, D. (2003). *Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad*. Barcelona: Paidotribo.
- Ríos, M. (2003). *Manual de educación Física Adaptada al alumnado con discapacidad*. Barcelona: Paidotribo
- Roldán, A., & Reina, R. (2018a). *Deporte escolar y universitario en las personas con discapacidad*. En Leardi, N., Reina, R., Sanz, D., Pérez-Tejero, J. (Coords) (Ed.), *Libro blanco del deporte de personas con discapacidad en España*. Madrid: Comité Paralímpico Español, Fundación Once y Comité Estatal de Representantes de Personas con Discapacidad.
- Roldán, A., & Reina, R. (2018b). *Buenas prácticas en deporte de personas con discapacidad en España*. En Leardi, N., Reina, R., Sanz, D., Pérez-Tejero, J. (Coords) (Ed.), *Libro blanco del deporte de personas con discapacidad en España*. Madrid: Comité Paralímpico Español, Fundación Once y Comité Estatal de Representantes de Personas con Discapacidad.
- Rueda, B. y Aguado, A. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. IMSERSO.
- Unión Europea (2014). *Dictamen del Comité de las Regiones - «Deporte, discapacidad y ocio»*, aprobado en Bruselas el 29 de noviembre de 2013. Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52013R3952>.

7. WEBGRAFÍA

- Web de ASEM. Asociación Española de Enfermedades Neuromusculares. <http://www.asem-esp.org/>
- Web de ASPACE. Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral y Afines. <http://www.aspace.org/>
- Web de Autisme-Europe. <http://www.autismeurope.org/>
- Web de CEAPAT es el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. <https://ceapat.imserso.es/web/ceapat>
- Web de Centros de Recuperación de Personas con Discapacidad Física (CRMF). <https://imserso.es/centros/centros-de-recuperacion-personas-discapacidad-fisica-crmf>
- Web de Confederación Autismo España. <http://www.autismo.org.es/>
- Web de FEBHI. Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia. <http://www.febhi.org/>
- Web de FEDACE. Federación Española de Daño Cerebral. <http://www.aspace.org/>
- Web de FIAPAS. Confederación Española de Personas Sordas. <http://www.fiapas.es/>
- Web ONCE. Organización Nacional de Ciegos de España. <http://www.once.es/>
- Web Amics de la Boccia: <https://www.fdmvalencia.es/es/club/club-deportivo-amics-de-la-boccia/>
- Web Equipo Cofidis de Promesas Paralímpicas: <https://www.paralimpicos.es/equipo-cofidis-de-pro-mesas-paralimpicas-de-ciclismo>
- Web Hospi Sport (Cataluña): <https://esportadaptat.org/hospisport/>
- Web Hospi Esport (Comunidad Valenciana): <https://ceice.gva.es/es/web/deporte/deporte-adaptado>
- Web LaLiga Genuine: <https://www.laliga.com/laliga-genuine-santander>
- Web Plan de fomento de la actividad física y el deporte inclusivo de la Comunidad de Madrid: <https://www.comunidad.madrid/servicios/deportes/plan-fomentar-actividad-fisica-deporte-inclusivo>
- Web Programa Deporte Inclusivo en la Escuela (DIE): <http://www.deporteinclusivoescuela.com/>
- Web Programa INCLUYE-T: <https://www.paralimpicos.es/incluye-t>
- Web Proyecto FER: <https://fundaciontrinidadalfonso.org/proyecto-fer/>
- Web Trainers Paralímpicos: <https://trainersparalimpicos.fundaciononce.es/>
- Web Asociación Baloncesto sin rasgos: <https://www.sinrasgos.com/>
- Web Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid): <https://www.alcobendas.org/es/temas/deportes>
- Web Club deportivo Sagrados Corazones (Cáceres): <https://acdsagradoazon.com/>
- Web Federación Española Rugby: <https://ferugby.es/rugby-inclusivo>
- Web Federación Española Deportes de Hielo: <https://www.rfedh.es/deporte-inclusivo/>
- Web Federación Española de Kárate Pozuelo: <http://www.rfek.es/>
- Web Federación Española de Triatlón: <https://triatlon.org/paratriatlton/>
- Web Fundación Emilio Sánchez Vicario: <https://www.fundacionemiliosanchezv.org/>
- Web Fundación a la Par: <http://clubdeportivoalapar.org/>
- Web Fundación Deporte y Desafío: <https://deporteydesafio.com/>
- Web Fundación También: <https://tambien.org/>
- Web Fundación Real Madrid: <https://www.realmadrid.com/sobre-el-real-madrid/fundacion/proyectos/area-nacional/escuelas-baloncesto-adaptadas>
- Web Fundación Ura Clan Almería: <https://fundacionuraclan.com/>
- Web Hegalak: Centro Deportivo y de Salud (San Sebastián): <https://www.hegalak.com/es/>



DESCARGAR TEMA EN PDF

TEMA 6. UN PASEO POR LA INFANCIA

Libros:

- Características de la infancia y aprendizaje motor.
- Patrones motrices maduros y características socioafectivas de la infancia.

Características de la infancia y aprendizaje motor

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csd.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148920)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: Características de la infancia y aprendizaje motor

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: miércoles, 30 de abril de 2025, 15:37

Descripción

Características de la infancia y aprendizaje motor

Tabla de contenidos

1. INTRODUCCIÓN

2. CARACTERÍSTICAS MOTRICES, PSICOLÓGICAS, AFECTIVAS Y SOCIALES DE LA INFANCIA RELACIONÁNDOLAS CON SUS ESTADIOS MADURATIVOS

2.1. Patrones motrices básicos en la infancia

2.2. Estadios de evolución de los patrones motrices básicos

2.3. Características motrices, psicológicas, afectivas y sociales de los chicos y chicas en la infancia

3. NOCIONES BÁSICAS PARA EL APRENDIZAJE MOTOR EN LA INICIACIÓN DEPORTIVA

3.1. ¿Cómo enfocar la iniciación deportiva de la infancia?

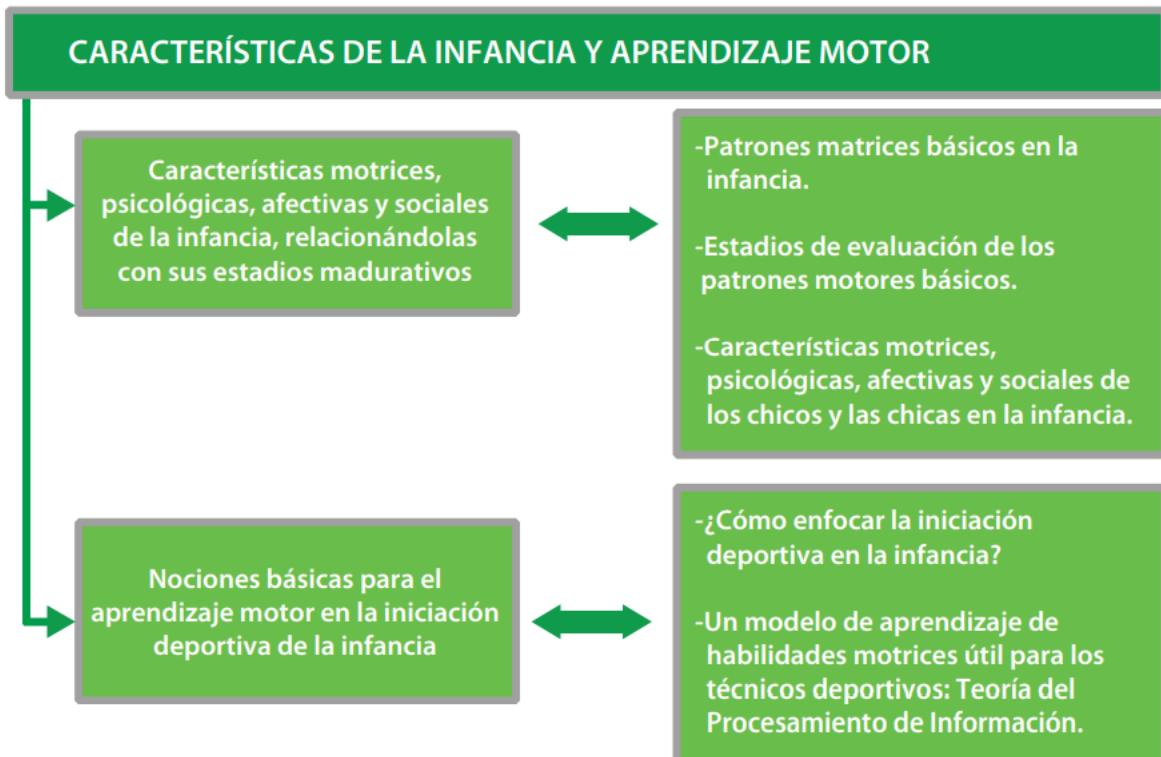
3.2. Un modelo de aprendizaje de habilidades motrices útil para los técnicos deportivos: teoría del procesamiento de información

4. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

En este libro se pretende conocer cuáles son las principales características de los niños y niñas que se encuentran en esta etapa, a nivel motriz, psicológico, afectivo y social.

Del mismo modo, se explicará cómo debería ser la actividad físico-deportiva en esta etapa de iniciación y cómo se debe tener en cuenta en todo momento el proceso de evolución y maduración de los niños, así como la necesidad de adaptar dicha práctica a las diferencias existentes entre los deportistas.



2. CARACTERÍSTICAS MOTRICES, PSICOLÓGICAS, AFECTIVAS Y SOCIALES DE LA INFANCIA RELACIONÁNDOLAS CON SUS ESTADIOS MADURATIVOS

A manera de introducción, se hace necesario diferenciar crecimiento, maduración y desarrollo, pues en numerosas ocasiones se consideran sinónimos o se confunde su significado, teniendo por el contrario cada uno significación propia.

El **crecimiento**¹ se entiende como el aumento progresivo del tamaño del cuerpo, de un organismo y sus partes (Ruiz, 2004). Este término se confunde muchas veces con los de desarrollo o maduración; sin embargo, hace referencia concreta a los cambios que pueden observarse en el cuerpo humano en carácter de cantidad (tamaño de las extremidades, el tronco, etc.).

El concepto de **maduración**² supone hacer funcionales las estructuras de los sujetos que en un principio solo existían a nivel potencial (Le Boulch, 1984). Es decir, que una vez que el sujeto alcanza un nivel de madurez suficiente se pondrán en marcha estructuras que le permitirán desarrollar nuevas acciones. Así, un bebé de 3 meses es capaz de sostener un sonajero, pero tendremos que esperar en torno a los 5 o 6 meses para que sea capaz de soltar también el sonajero con la misma facilidad.

Del mismo modo, el término “maduración” posee distintas acepciones según se defina desde el ámbito biológico o psicológico:



El término **desarrollo**³ hace referencia a los diferentes cambios que las personas sufren durante su vida. Se trata de un concepto global, que implicaría también la maduración del organismo y el crecimiento del cuerpo, así como la influencia de otros factores externos a los sujetos propios del ambiente (Ruiz, 2004).



¹ **Crecimiento:** aumento progresivo del tamaño del cuerpo (Ruiz, 2004).

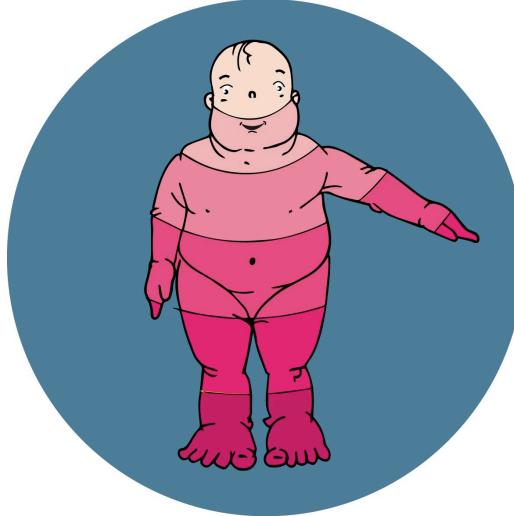
² **Maduración:** hacer funcionales las estructuras de los sujetos que en un principio solo existían a nivel potencial (Le Boulch, 1984).

³ **Desarrollo:** los diferentes cambios que las personas sufren durante su vida.

2.1. Patrones motrices básicos en la infancia

Gracias a los procesos de crecimiento y maduración, así como a la influencia del ambiente se produce el proceso de desarrollo motor. El **desarrollo motor**⁴ supone “los cambios producidos con el tiempo en la conducta motora que reflejan la interacción del organismo con el medio” (Wickstrom, 1990).

Desde el nacimiento y durante la infancia, la motricidad del niño evoluciona de forma rápida y dinámica. Esta evolución se produce en base a dos grandes leyes del desarrollo: la Ley Céfalo-Caudal y la Próximo-Distal. La primera establece que el niño controla antes la musculatura más cercana a la cabeza y dicho control se extiende hasta las extremidades inferiores. La segunda señala un mayor control en la zona más cerca del tronco que se irá adquiriendo posteriormente en dirección a las extremidades (Le Boulch, 1982).



A partir de estas leyes y tendencias en el desarrollo, los niños van evolucionando a través de diferentes etapas hasta alcanzar la posición erguida y el dominio de las extremidades, desarrollando a su vez una gran variedad de conductas motoras. Desde los dos años aproximadamente, las habilidades motrices fundamentales permitirán al niño desplazarse de manera autónoma y variada y controlar objetos de manera cada vez más eficaz. Este proceso se producirá hasta los 7 u 8 años, cuando entrarán en juego las habilidades complejas, como serán las habilidades deportivas (Ruiz, 2001).

Estas habilidades fundamentales o patrones motores básicos pueden clasificarse en tres grandes grupos (Ruiz, 2001, 2004):

LOCOMOCIÓN	EQUILIBRIO O CAMBIO DE POSICIÓN	EMPLEO O CONTROL DE OBJETOS/INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> •La marcha y sus variaciones (de frente, lateral, subir escaleras, etc.) •La carrera •Los saltos y sus variaciones (con un pie, con los dos pies a la vez, salto con un pie y caída con el otro, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> •Control postural y equilibrio (con todas sus variantes) •Estático sobre los dos pies, sobre un pie •Dinámico sobre línea recta, barra, línea circular, tras salto, giro, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> •Lanzamiento y pase de objetos (con sus variaciones) •Atrapar en interceptar móviles (con sus variaciones) •El golpeo y sus modalidades (con extremidades superiores, inferiores, implementos, etc.)

⁴ Desarrollo motor: cambios producidos con el tiempo en la conducta motora que reflejan la interacción del organismo humano con el medio (Wickstrom, 1990).

2.2. Estadios de evolución de los patrones motrices básicos

Estos patrones motrices básicos surgen y evolucionan a través de unas fases o estadios a medida que la conducta motriz va progresando hacia niveles más elevados de complejidad y eficiencia.



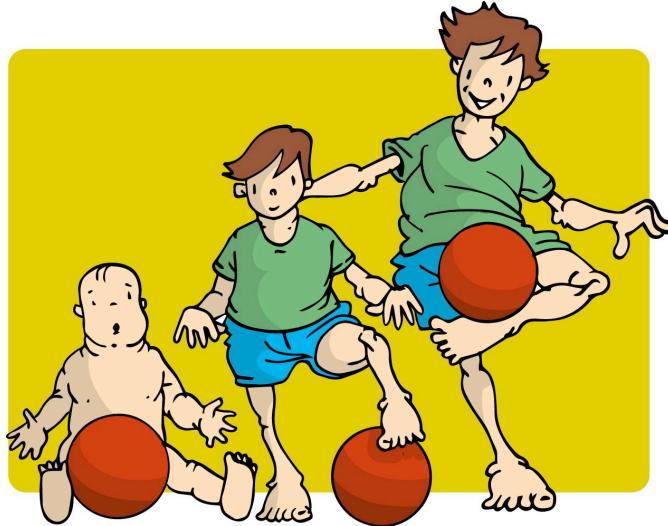
Según diversos autores, se pueden identificar tres estadios en el proceso de adquisición de estos patrones:

- a. **Inicial:** en este primer estadio se puede observar una motricidad globalizada, con dificultades a la hora de ejecutar los movimientos de manera coordinada y con sincinesias o tensiones involuntarias de todo el cuerpo o de uno o más segmentos durante la ejecución de la habilidad.
- b. **Elemental:** en este segundo estadio el niño consigue mayor control en la ejecución motriz que en la etapa anterior, pero se mantienen en ocasiones las sincinesias, lo que supone lo que resta economía a la ejecución y la consistencia en el logro del objetivo motor se ve dificultada.
- c. **Maduro:** en este último estadio las acciones ya son coordinadas y existe un control corporal. La ejecución se acerca al modelo de movimiento esperado y presenta características cualitativas de precisión, dominio, fluidez y seguridad.

2.3. Características motrices, psicológicas, afectivas y sociales de los chicos y chicas en la infancia

La edad mantiene una importancia central en los procesos evolutivos. Sin embargo, en psicología evolutiva no se considera la edad de manera concreta, sino dentro de los períodos en los que se divide el desarrollo humano.

La psicología evolutiva es la disciplina científica que se encarga de estudiar el cambio en la conducta humana a lo largo del tiempo, tanto en sus aspectos externos y visibles como en los internos y no perceptibles de manera directa (Palacios, Marchesi y Coll, 1999).



Durante estas etapas de desarrollo se producen en el niño diversos cambios en diferentes niveles. De este modo, se va produciendo un desarrollo a nivel motriz, cognitivo, psicológico y afectivo-social. En la siguiente tabla pueden observarse los cambios más significativos en cada uno de estos ámbitos y según las etapas citadas anteriormente.

Periodos	Motrices	Psicológico-cognitivo	Socio-afectivo
Primera infancia (0-2 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Reflejos incondicionados inmediatos al nacimiento. - Control postural progresivo en base a las Leyes Cefalo-Caudal y Próximo-Distal. - 7 meses: se mantiene sentado sin apoyo. - 8 meses: gatea. - 12 meses: camina por sí solo. - 15 meses: camina hacia atrás. - 23 meses: da saltos sin moverse del sitio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inteligencia sensoriomotora (Piaget): inteligencia práctica, ligada a la acción motora y la percepción sensorial. 0 - 4 meses: <ul style="list-style-type: none"> - Egocentrismo: actividad e interés centrado en su propio cuerpo. - Reacción circular primaria: repetición de gestos sobre su propio cuerpo (chuparse la mano, etc.). 4 – 24 meses: <ul style="list-style-type: none"> - Superación del egocentrismo. Interés en las consecuencias de sus acciones (sonido del sonajero, ruidos, etc.). - Conducta intencional sobre los objetos. - Imitación de gestos y sonidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo de apego: proximidad e interacción privilegiada con una o varias personas. - Miedo ante desconocidos: se relaciona con cautela o rechaza a personas desconocidas. - A partir del primer año adquiere cierto grado de dependencia de las figuras de apego gracias a nuevas capacidades de locomoción, verbales e intelectuales. - Mejoran las expresiones emocionales e interpretan las emociones de sus cuidadores. - A partir de 9 meses: juego en paralelo (cerca de otros niños, pero centrado en su propia actividad). - A partir de 18 meses: juego simbólico⁵.
Infancia media/ previo a escolaridad obligatoria (2-6 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora el control postural. - Mayor precisión y finura en la motricidad fina. - Mejora la coordinación (subir-bajar escaleras, saltar a la comba, etc.). - Mejora el equilibrio. A los 5 o 6 años puede caminar sobre una barra de equilibrio o montar en bicicleta. - Se produce la lateralización (3 a 6 años). - Adquisición de los conceptos básicos espaciales (detrás, delante, arriba, abajo, derecha, izquierda) sobre uno mismo. - Esquema corporal en construcción, mejorando el conocimiento y la discriminación perceptiva respecto del propio cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inteligencia preoperatoria (Piaget), inteligencia verbal o intuitiva. - Desarrollan la función simbólica: adquieren el lenguaje y la capacidad para pensar y comunicarse por medio de palabras que representan objetos y acontecimientos. - Egocentrismo: se centran en su punto de vista, sin conocer otras perspectivas distintas a las suyas. Creen que todos perciben, sienten y piensan igual. - Animismo: atribuyen a objetos inanimados cualidades de los seres vivos. - Centración: concentran su atención en un solo detalle sin ser capaz de tener en cuenta los otros. - Son capaces de mantener la atención en una actividad una media de 6-7 minutos. - Son capaces de clasificar objetos en categorías o clases. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciación del propio yo (2 años). - Aparecen emociones sociomorales: vergüenza, culpa y orgullo. - El miedo adquiere importancia (oscuridad, monstruos, etc.). - Disminuye el juego en solitario y es reemplazado por el juego sociodramático y el cooperativo⁶. - Respeta la autoridad de forma unilateral y piensa que las reglas son inalterables. - Se relacionan en grupos. Estos grupos se suelen formar en función de la preferencia por actividades diferentes y el género. - Proceso de formación de su autoconcepto⁷.
Infancia tardía/ escuela primaria (6-12 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Se perfecciona el esquema corporal (potenciación de la representación mental del cuerpo y del movimiento en función del tiempo y el espacio). - Los movimientos se hacen más precisos y seguros. Independencia de brazos y piernas respecto al tronco. - Aumento de coordinación, equilibrio y fuerza. - Independencia de la derecha respecto a la izquierda. - Discriminación de la derecha en los demás (8 años). - Posición relativa de otros respecto a los objetos (11-12 años). - Adquisición de nociones temporales (orden, duración). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento de las operaciones concretas (Piaget). - Desarrollo de capacidades lógicas y racionales siempre sobre objetos concretos (sin alcanzar la abstracción). - Atención más selectiva y memoria más segura y estratégica. - Mayor fluidez en el uso de códigos (numérico, lenguaje, escritura, etc.). - Superación del egocentrismo. - Descentralización: son capaces de concentrar su atención en diferentes detalles y tenerlos en cuenta. - Reversibilidad: entienden que cada acción tiene una acción opuesta capaz de revertirla. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continúa el proceso de formación del autoconcepto y la autoestima. - Comienzan los juegos de reglas. - Progresiva capacidad de controlar y autorregular sus emociones. - Los iguales adquieren gran importancia. - La amistad se basa en la cooperación, confianza y ayuda mutua. - Comprenden las emociones ajenas: empatía y desarrollo social. - Desarrollan principios morales propios y mayor comprensión de las reglas y valores que rigen la sociedad, posibilitando una mejor convivencia.

Tabla 1. Características de los chicos y chicas en la infancia (Moraleda, 1992; Palacios, Marchesi y Coll, 1999; Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

⁵. Juego simbólico: consiste en utilizar objetos o personas para representar algo distinto de lo que son (ej.: utilizar un palo como espada).⁶. Juego sociodramático: juego en el que se representan roles (ej.: jugar a papás y mamás, al colegio, etc.).⁷. Autoconcepto: conjunto de características y atributos que usamos para definirnos y diferenciarnos de los demás. Imagen que tenemos de nosotros mismos.

3. NOCIONES BÁSICAS PARA EL APRENDIZAJE MOTOR EN LA INICIACIÓN DEPORTIVA

3.1. ¿Cómo enfocar la iniciación deportiva de la infancia?

Como señala Blázquez (1999), la iniciación deportiva no puede fundamentarse en la búsqueda del éxito final y los resultados deportivos, sino en el desarrollo personal, integral y global de los chicos y chicas que comienzan a practicar deporte.

Los chicos deben ser el centro de dicho proceso de enseñanza-aprendizaje; la preocupación debe centrarse en ayudarles a convertirse en lo que pueden llegar a ser, en lo que ellos quieran llegar a ser, desarrollando sus potencialidades deportivas y personales en armonía y equilibrio, sin prejuzgar sus capacidades y aceptando todas las desigualdades y diferencias que pueden existir entre unos y otros.

Aceptar las diferencias y desigualdades es necesario. No se puede pensar que todos los chicos tienen las mismas características y potencialidades. Cada sujeto es único y no son potencialmente similares para el futuro, pero en la etapa de iniciación dichas diferencias no tienen más valor que las que pueda haber en el color de los ojos, el peso o la talla.

Por lo tanto, en la etapa de iniciación deportiva será imprescindible centrarse en las experiencias de aprendizaje de los sujetos a todos los niveles (físico y motor, cognitivo y social), en función de los parámetros propios de crecimiento y desarrollo, para lograr una formación equilibrada a nivel motriz, deportivo y global del niño.

3.2. Un modelo de aprendizaje de habilidades motrices útil para los técnicos deportivos: teoría del procesamiento de información

Según Díaz (1999), la perspectiva del procesamiento de información expone que los sujetos son capaces de captar diferentes tipos de informaciones para, después de procesarlas, dar una respuesta adecuada.

En este proceso se diferencian tres etapas: la percepción de la información, el procesamiento de la misma y la ejecución final en forma de acción motriz. A su vez, existen tres mecanismos implicados en el proceso, el mecanismo perceptivo (percepción de los estímulos, de la información), el mecanismo de toma de decisión (elabora la respuesta más eficaz) y el mecanismo de ejecución (ejecuta la respuesta y pone en marcha la acción motriz).



El **mecanismo perceptivo** se encarga de recibir la información, la cual puede llegar por diferentes canales (visual, auditivo, etc.) y en forma de estímulos muy diferentes (una imagen, un ruido, sensaciones de nuestro organismo, etc.). La complejidad en este mecanismo dependerá de diversos factores, como: el número de estímulos distintos a los que hay que atender, la velocidad y duración del estímulo, la intensidad del estímulo y el nivel de conflictividad o confusión que pueda crear el estímulo. En función de estos factores se hace posible establecer un planteamiento didáctico que permita trabajar en una progresión adecuada de tareas de menor a mayor complejidad.

Las informaciones recibidas son enviadas al **mecanismo decisional**, que las analiza y a su vez las guarda en la memoria (para poder comparar datos en el futuro). A partir de dicho análisis, elabora diferentes posibilidades de respuesta y selecciona la más válida para la situación en cuestión.

La respuesta seleccionada se envía al **mecanismo efector**, que será el encargado de ejecutarla, realizando la correspondiente organización motriz y coordinando las diferentes acciones musculares previstas en el movimiento.

Una vez se ha llevado a cabo la respuesta motriz, el sujeto volverá a recopilar información sobre cómo se ha llevado a cabo la misma y el resultado que ha tenido (retroalimentación o feedback). Dicha información será útil para evaluar dicha acción y también se almacenará en la memoria para ocasiones posteriores.

Este es el modelo de aprendizaje más adecuado para el aprendizaje de las habilidades motrices. A partir del mismo los técnicos deberán exponer a sus deportistas a diferentes estímulos, adaptados al nivel de desarrollo de los niños, para que logren desarrollar respuestas motrices válidas y variadas.

El aprendizaje motor supone la adquisición de nuevas formas de comportamiento a través del movimiento, por lo que habrán de tenerse en cuenta todos los aprendizajes propios de las actividades físico-deportivas.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Blázquez, D. (Dtor.) La iniciación deportiva y el deporte escolar. Barcelona: Inde, 1999.
- Diaz, J. La enseñanza y aprendizaje de las habilidades y destrezas motrices básicas. Barcelona: Inde, 1999.
- Giménez, F.J. Fundamentos básicos de la iniciación deportiva en la escuela. Sevilla: Wanceulen, 2000.
- Le Boulch, J. Hacia una ciencia del movimiento humano. Introducción a la psicocinetica. Buenos Aires: Paidos, 1982.
- Le Boulch, J. La educación por el movimiento en la edad escolar. Paidos. Buenos Aires, 1984.
- Moraleda, M. Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia, madurez y senectud. Barcelona: Boixareu universitaria, 1992.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (coord.) Desarrollo psicológico y educación. Madrid: Alianza editorial, 1999.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. Desarrollo humano. Mexico: Mc Graw Hill, 2010.
- Romero, S. Formación Deportiva: nuevos retos en educación. Sevilla: Servicio de publicaciones de la Universidad de Sevilla, 2001.
- Ruiz, L.M. Desarrollo motor y actividades físicas. Madrid: Gymnos, 2004.
- Sánchez, F. Bases para una didáctica de la educación física y el deporte. Madrid: Gymnos, 1984.
- Ruiz, L.M. (coord.) Desarrollo, comportamiento motor y deporte. Madrid: Síntesis, 2001.
- Wickstrom, R. Patrones motores básicos. Madrid: Alianza Deportes, 1990.

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.



DESCARGAR TEMA EN PDF

Patrones motrices maduros y características socioafectivas de la infancia

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csed.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148922)

Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06

Libro: Patrones motrices maduros y características socioafectivas
de la infancia

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano

Día: miércoles, 30 de abril de 2025, 15:53

Descripción

Libro 2: Patrones motores maduros y plantillas de observación

Tabla de contenidos

1. LOS PATRONES MOTRICES MADUROS DE LA INFANCIA

- 1.1. Carrera
- 1.2. Lanzamiento
- 1.3. Recepción
- 1.4. Golpe con el pie
- 1.5. Salto pies juntos

2. CARACTERÍSTICAS SOCIOAFECTIVAS DE LA INFANCIA

3. PLANTILLA DE OBSERVACIÓN

4. BIBLIOGRAFÍA

1. LOS PATRONES MOTRICES MADUROS DE LA INFANCIA

Un patrón motriz maduro se adquiere cuando el individuo es capaz de ejecutar un movimiento fluido y coordinado. Antes de que se adquieran los patrones maduros, el movimiento es torpe y poco eficaz.

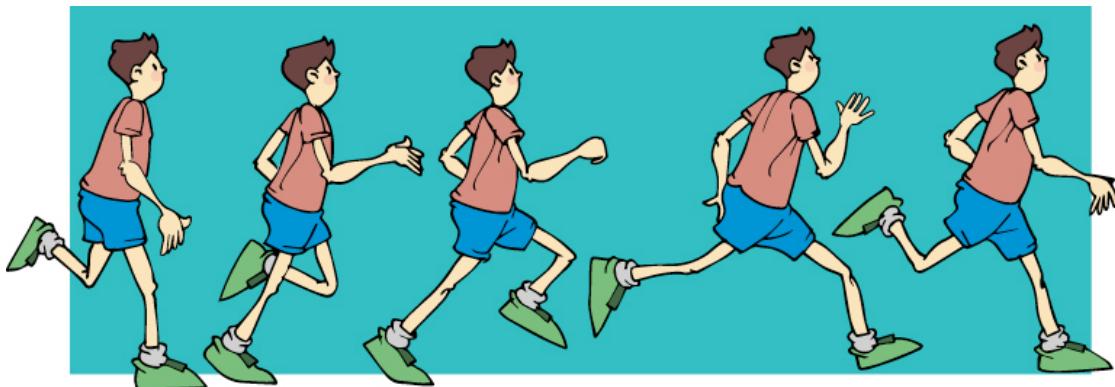
Los patrones maduros se adquieren a lo largo de la infancia. Por eso, en esta edad es particularmente importante identificar cuándo los rasgos que configuran los patrones se han adquirido.

A continuación te presentamos las características de los patrones maduros de las 5 habilidades motrices básicas fundamentales: carrera, lanzamiento, recepción, golpeo con el pie y salto a pies juntos.

1.1. Carrera

Estos son los rasgos que caracterizan la adquisición del patrón maduro de la carrera:

- 1) Tronco ligeramente inclinado hacia delante.
- 2) Cabeza erguida, con mirada hacia delante.
- 3) Los brazos en balanceo libre adelante y atrás.
- 4) Los brazos en oposición a las piernas, con codos flexionados.
- 5) La pierna de apoyo se extiende y empuja el cuerpo.
- 6) La otra pierna se flexiona y recobra.
- 7) La elevación de la rodilla es mayor.
- 8) La flexión de la pierna de apoyo es mayor al contactar con el suelo.
- 9) La zancada es relajada y con poca elevación.
- 10) Puede controlar las paradas y los cambios rápidos de dirección.



1.2. Lanzamiento

Estos son los rasgos que caracterizan la adquisición del patrón maduro del lanzamiento:

Fase preparatoria:

- 1) Los dedos abarcan la pelota.
- 2) Pies separados en oposición al brazo lanzador.
- 3) Tronco hace torsión y el peso se retrasa.
- 4) Brazo lanzador se mueve hacia atrás, con rotación lateral de la articulación del hombro.

Fase de acción:

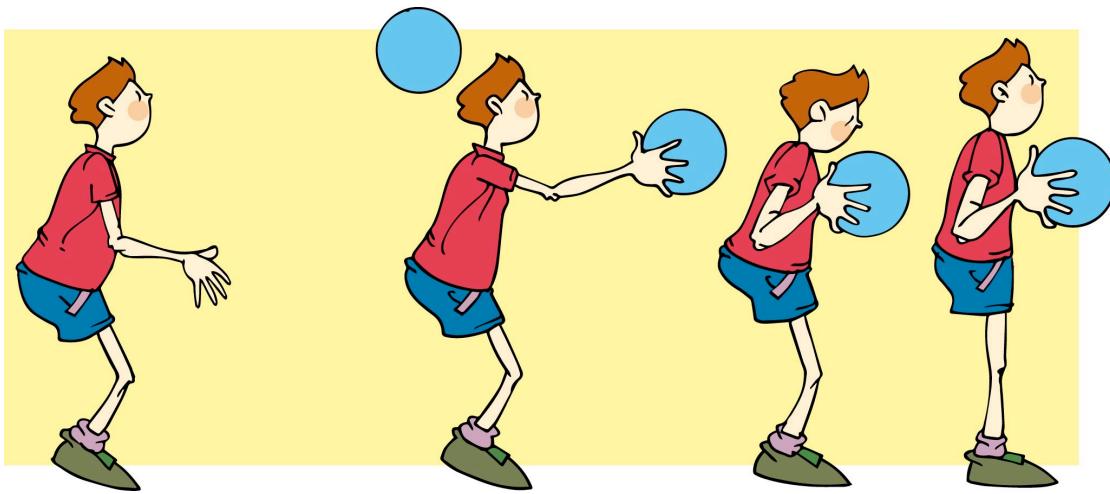
- 1) El cuerpo distorsiona, con las caderas adelantadas.
- 2) Paso hacia delante en oposición al brazo lanzador.
- 3) Brazo hacia delante en plano horizontal.
- 4) Rotación del hombro y extensión de codo.
- 5) Brazo continua el movimiento.



1.3. Recepción

Estos son los rasgos que caracterizan la adquisición del patrón maduro de la recepción:

- 1) El cuerpo ubicado en dirección al objeto.
- 2) Pies separados ligeramente y paralelos o con un ligero paso hacia delante.
- 3) Brazos relajados con codos flexionados.
- 4) Manos y dedos relajados y dirigidos hacia el móvil.
- 5) Los ojos siguen el vuelo del móvil.
- 6) Los brazos van hacia delante para coincidir con el móvil.
- 7) Los brazos absorben la fuerza del móvil, al tomar contacto, y los dedos lo atrapan. El contacto y el control son simultáneos.



1.4. Golpe con el pie

Estos son los rasgos que caracterizan la adquisición del patrón maduro del golpeo con el pie:

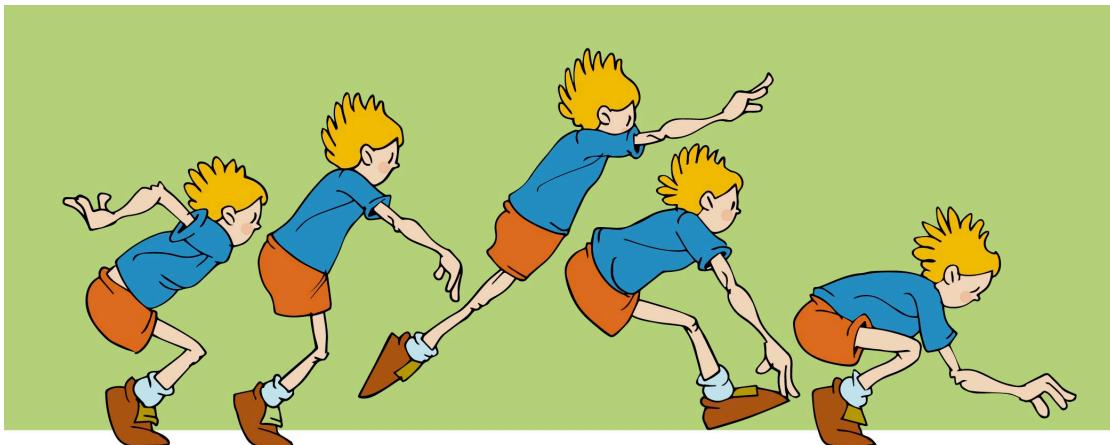
- 1) Pierna de apoyo da un paso previo hacia delante.
- 2) Pierna de apoyo se flexiona al tomar contacto.
- 3) Pierna de golpeo se balancea hacia atrás, con la cadera hiperextendida y la rodilla flexionada.
- 4) Cuando el muslo está casi perpendicular se extiende la rodilla.
- 5) El tronco se inclina ligeramente hacia atrás al golpear.
- 6) El brazo opuesto se extiende hacia delante al golpear.
- 7) La pierna de golpeo sigue la dirección del balón.
- 8) El cuerpo se eleva sobre las puntas de los pies.
- 9) El contacto se realiza con los dedos y con ligera flexión de tobillo.



1.5. Salto pies juntos

Estos son los rasgos que caracterizan la adquisición del patrón maduro del salto con pies juntos:

- 1) Brazos bien atrás durante la preparación.
- 2) Brazos arriba durante el vuelo.
- 3) Tronco bien inclinado adelante en la preparación.
- 4) Acentuada flexión de piernas en la preparación.
- 5) Separación del talón previa al despegue.
- 6) Muslos horizontales al suelo en el aterrizaje.



2. CARACTERÍSTICAS SOCIOAFECTIVAS DE LA INFANCIA

A continuación te presentamos las características socioafectivas principales de la infancia tardía (6-12 años) que te pueden ser de utilidad para realizar las tareas asociadas a este tema:

- 1) Están sumergidos completamente en su socialización a través de la familia, la escuela y en estos momentos también a través de los medios de comunicación.
- 2) Continúa el proceso de formación del autoconocimiento y autoestima.
- 3) Comienzan los juegos de reglas.
- 4) Progresiva capacidad de controlar y autorregular sus emociones.
- 5) Los iguales adquieren gran importancia.
- 6) La amistad se basa en la cooperación, la confianza y la ayuda mutua.
- 7) Comprenden las emociones ajenas: empatía y desarrollo social.



3. PLANTILLA DE OBSERVACIÓN

Una plantilla de observación es un instrumento que te permite realizar una observación sistemática de un determinado aspecto.

Las plantillas de observación contienen datos del sujeto observado que pueden resultar de interés para el estudio y un check list que ayuda a sistematizar la observación, y así evitar que se disperse la atención en otros aspectos que no sean de interés y comprobar el cumplimiento de los aspectos observados.

Confeccionar una plantilla es una tarea compleja. A continuación te presentamos un ejemplo que podría servirte de inspiración a la hora de diseñar tus propias plantillas de observación.

PLANTILLA DE OBSERVACIÓN	
Nombre del observador:	Fecha de observación:
DATOS DEL OBSERVADO:	
Nombre ficticio del sujeto observado:	Fecha de nacimiento:
Sexo:	Curso:
Altura:	¿Practica algún deporte extraescolar?:
Peso:	¿Cuál?:
Horas de actividad física semanales:	¿Cuántas horas?:

1. Patrón maduro de	Ítems a observar	Sí	No	Observaciones.
Valoración global				

	Ítems a observar	Si	No	Observaciones.
2. Patrón maduro de				
	Valoración global			
1. Característica socioafectiva	Rasgo a observar	Si	No	Observaciones

4. BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz Pérez, L. M., Desarrollo motor y actividades físicas, Madrid, Gymnos, 2004.
- Moraleda, M., Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia, madurez y senectud, Barcelona, Boxeixerau Universitaria, 1992.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (coord..), Desarrollo psicológico y educación, Madrid, Alianza editorial, 1999



DESCARGAR TEMA EN PDF

TEMA 7. PRÁCTICAS DEPORTIVAS AJUSTADAS A LA INFANCIA

Libro:

- Actividad físico-deportiva en la infancia.

Actividad físico deportiva en la infancia

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csd.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148927)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: Actividad físico deportiva en la infancia

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: viernes, 2 de mayo de 2025, 07:40

Descripción

Recomendaciones para la actividad física y deportiva en la infancia

Tabla de contenidos

1. RECOMENDACIONES PARA UNA INICIACIÓN DEPORTIVA ADECUADA A LOS ESTADIOS MADURATIVOS DE LA INFANCIA

1.1. Diversidad y variabilidad de experiencias deportivas en la iniciación deportiva y sus efectos positivos sobre el desarrollo motor

1.2. Respeto de los estados madurativos y las diferencias interindividuales e intra individuales

2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y MOTRICES DE LA INFANCIA

3. CARACTERÍSTICAS SOCIOAFECTIVAS DE LA INFANCIA

4. BIBLIOGRAFÍA

1. RECOMENDACIONES PARA UNA INICIACIÓN DEPORTIVA ADECUADA A LOS ESTADIOS MADURATIVOS DE LA INFANCIA

La **iniciación deportiva** es el proceso de enseñanza-aprendizaje que sigue un sujeto para el aprendizaje cognitivo y motriz de una o varias modalidades deportivas, desde que comienza a familiarizarse con el deporte hasta que es capaz de aplicar lo aprendido en una situación real de juego de manera eficaz.

El deporte formativo en iniciación deportiva no nace, se hace.

A nivel general, algunas consideraciones importantes respecto a la iniciación deportiva son (Giménez, 2000):

-
1. Los chicos y chicas deben aprender los contenidos básicos de los deportes que practiquen.
 2. Las experiencias de aprendizaje deben ser variadas para lograr una formación rica y evitar la especialización temprana.
 3. La iniciación deportiva debe comenzar entre los 8 y 10 años aproximadamente.
-

1.1. Diversidad y variabilidad de experiencias deportivas en la iniciación deportiva y sus efectos positivos sobre el desarrollo motor

Como señalaba Giménez (2000), es importante ofrecer a los niños y niñas experiencias de aprendizaje muy variadas durante el periodo de iniciación deportiva, practicando diferentes deportes.

Este tipo de trabajo facilita el desarrollo de un mayor número de patrones motrices. La transferencia de habilidades de un deporte a otro será un factor esencial para el aprendizaje en esta etapa, favoreciendo un aprendizaje más global y evitando la especialización temprana.

Existen, a su vez, diferentes tipos de transferencia en el aprendizaje de habilidades motrices, que deben tenerse en cuenta a la hora de plantear el proceso de enseñanza-aprendizaje (Díaz, 1999). Los tres tipos de transferencia básicos son:

- **Transferencia positiva:** cuando el aprendizaje de una tarea facilita el aprendizaje de otra tarea posterior. Por ejemplo, cuando aprendemos a botar practicando un deporte como el baloncesto y posteriormente aprendemos el bote en otro deporte como el balonmano. Aunque el gesto técnico específico es diferente de un deporte a otro y el móvil también es distinto en ambos deportes, el aprendizaje del primer gesto facilitará el aprendizaje del segundo.
- **Transferencia negativa:** cuando el aprendizaje o ejecución de una tarea puede interferir o perjudicar en el aprendizaje o ejecución de otra tarea o habilidad posterior. Así, siguiendo con el ejemplo entre deportes como baloncesto y balonmano, podría producirse una transferencia negativa si un jugador aprendiese primero a ejecutar los tres pasos posibles antes del lanzamiento en balonmano, y después aprendiese la entrada a canasta en baloncesto, donde solo se pueden dar dos pasos antes de lanzar a canasta.
- **Transferencia neutra o nula:** cuando el aprendizaje de una tarea o habilidad no tiene ningún tipo de efecto sobre otra tarea. Por ejemplo, tirar a canasta en baloncesto y chutar a portería en fútbol.

1.2. Respeto de los estados madurativos y las diferencias interindividuales e intraindividuales

Según Blázquez (1999), el proceso de iniciación deportiva debe considerar si el sujeto está preparado para las exigencias de la tarea en la que se inicia, ya que en cada momento debería tener una madurez cognitiva y de relación para hacer posible el enfrentamiento con los otros y el compromiso físico que permita la eficacia.

En el ámbito del aprendizaje deportivo se considera que existen períodos especialmente favorables para la adquisición de las destrezas deportivas, de manera que si los sujetos se inician en ellas antes o después de dichos períodos no se alcanzará el rendimiento óptimo. En este sentido, numerosos autores recomiendan el inicio de la etapa de iniciación deportiva en torno a los 8-9 años.

INICIACIÓN	DESARROLLO	PERFECCIONAMIENTO
8-12 años	13-20 años	21-30 años

Tabla 1. Etapas en la formación del deportista (Sánchez, 1984; Giménez, 2000; Romero, 2001).

Los niños pueden aprender fácil y rápidamente si tienen el nivel de madurez específico para la actividad

Por lo tanto, se ha de tener en cuenta la edad de los niños, especialmente las características madurativas y del desarrollo de los niños en el estadio en cuestión, para comenzar a trabajar con experiencias de aprendizaje adecuadas y variadas, que no solo desarrollen las habilidades motrices, sino en las que entren también en juego los mecanismos de percepción y decisión, con el fin de desarrollar también los aspectos cognitivos.

Del mismo modo, es imprescindible no considerar exclusivamente el periodo madurativo en el que se encuentren los niños, sino adaptar el aprendizaje todo lo posible a las características individuales del desarrollo y tener en cuenta el ritmo de aprendizaje particular de cada persona en todo momento, puesto que dentro de una misma etapa madurativa o de desarrollo, los ritmos y el aprendizaje probablemente sean diferentes.

Igualmente, dentro de la propia persona, podrá existir mayor nivel de desarrollo o habilidad en uno u otro dominio. Por ejemplo, alguien puede tener una gran cantidad de respuestas motrices variadas y eficaces, pero puede tardar mucho en ejecutar la respuesta motriz o tomar la decisión, e incluso aplicar respuestas motrices poco eficaces para la situación; mientras que otro individuo quizás sea más hábil y rápido en percibir los estímulos y tomar la decisión, pero su nivel de ejecución motriz sea más deficiente. En cada caso, se deberán tener en cuenta los dominios más y menos desarrollados del propio sujeto y trabajar con experiencias de aprendizaje concretas para mejorarlos.

2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y MOTRICES DE LA INFANCIA

A lo largo del desarrollo de los jóvenes deportistas existe lo que se denominan fases sensibles, que son períodos en los cuales el sistema orgánico de los individuos se encuentra especialmente receptivo para favorecer el desarrollo y avance de determinadas cualidades físicas o habilidades motrices.

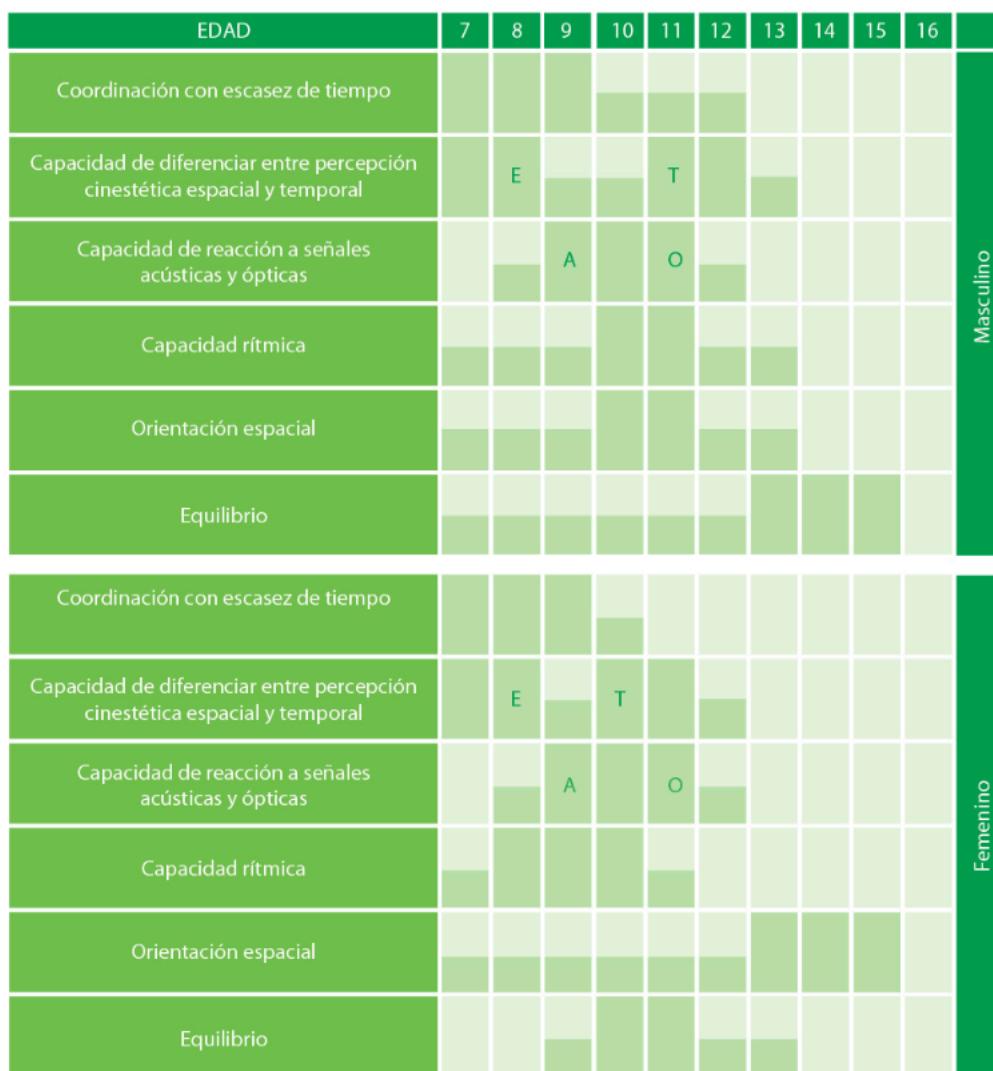
Veamos varios gráficos que resumen las fases sensibles para la asimilación y desarrollo de diferentes cualidades físicas y perceptivo-motrices. Esta tabla nos muestra las posibilidades de iniciar el entrenamiento de la condición física en diferentes edades (Grosser et al, 1981).

Elementos de la condición Física	Niveles de edades (M=masculino, F=femenino)						
	5-8	8-10	10-12	12-14	14-16	16-18	18-20
Fuerza máxima				+F	+M ++F	++M +++F	+++M →
Fuerza explosiva			+F	+M ++F	++M +++F	+++M →	→
Fuerza resistencia				+F	+M ++F	++M +++F	+++M →
Res. aeróbica		+MF	+MF	++MF	++MF	+++MF	→
Res. anaeróbica				+F	+M ++F	++M +++F	+++M →
Vel. reacción		+MF	+MF	++MF	++MF	+++MF	→
Vel. max acíclica			+F	+M ++F	++M ++F	+++M +++F	→
Vel. max cíclica			+F	+M ++F	++M ++F	+++M +++F	→
Flexibilidad	++MF	++MF	++MF	++MF	● →	→	→

- + = Inicio cuidadoso (1-2 veces por semana)
- ++ = Entrenamiento más intenso (2-5 veces por semana)
- +++ = Entrenamiento de rendimiento
- → A partir de ahí, seguido

Tabla 2. Inicio del entrenamiento de la condición física en diferentes edades (Grosser et al, 1981).

A continuación, se muestran las fases sensibles y muy sensibles para el desarrollo de diferentes capacidades coordinativas. Las sombreadas a un nivel son fases sensibles; las sombreadas a dos niveles son fases muy sensibles (Hahn, 1988).



E=espacial; T=temporal; A=acústica; O=ópticas

Tabla 3. Fases sensibles y muy sensibles para el desarrollo de diferentes capacidades coordinativas (Hahn, 1988).

3. CARACTERÍSTICAS SOCIOAFECTIVAS DE LA INFANCIA

El desarrollo socioafectivo durante la infancia es un elemento clave para un desarrollo integral de la persona. Ayudar a que las personas aprendan a gestionar sus emociones y la relación con los demás durante la infancia les ayudará a lo largo de toda su vida, de la misma manera que pasará factura si nos olvidamos de hacerlo.

Una persona con un desarrollo emocional adecuado será una persona segura de sí misma, con capacidad de autocontrol y una sana autoestima, que le permitirá evolucionar equilibradamente. Asimismo, una persona que haya interaccionado socialmente con intensidad durante la infancia podrá desarrollar cuestiones como la empatía, el respeto, la generosidad, la tolerancia, la gratitud o la solidaridad. Por eso es bueno promover una interrelación social rica y diversa durante estas edades.

Por todo ello, no podemos dejar de lado el desarrollo socioafectivo de lado en aras, como sucede en muchas ocasiones, de incrementar meramente el rendimiento deportivo.

A continuación, se presentan las características principales socioafectivas de la infancia tardía (6-12 años):

- Están sumergidos completamente en su socialización a través de la familia, la escuela y en estos momentos también a través de los medios de comunicación.
- Continúa el proceso de formación del autoconocimiento y autoestima.
- Comienzan los juegos de reglas.
- Progresiva capacidad de controlar y autorregular sus emociones.
- Los iguales adquieren gran importancia.
- La amistad se basa en la cooperación, la confianza y la ayuda mutua.
- Comprenden las emociones ajenas: empatía y desarrollo social.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Blázquez, D. (Dtor.) (2010). La iniciación deportiva y el deporte escolar. Barcelona, España: Inde.
- Díaz, J. (1999) La enseñanza y aprendizaje de las habilidades y destrezas motrices básicas. Barcelona, España: Inde.
- Giménez, F.J. (2000) Fundamentos básicos de la iniciación deportiva en la escuela. Sevilla, España: Wanceulen.
- Grosser M. et al. (1981) Principios del entrenamiento deportivo. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Hahn, E. (1988) Entrenamiento con niños. Teoría, práctica, problemas específicos. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Romero, S. (2002) "Formación Deportiva: nuevos retos en educación". Revista Fuentes (3). Recuperado de: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/13207/file_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez, F. (1984) Bases para una didáctica de la educación física y el deporte. Madrid, España: Gymnos.



DESCARGAR TEMA EN PDF

TEMA 8. SITUACIONES DE URGENCIA EN EL DEPORTE

Libros:

- Conducta PAS.
- Emergencias.

Conducta PAS

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](#)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: Conducta PAS

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: viernes, 9 de mayo de 2025, 12:03

Tabla de contenidos

1. INTRODUCCIÓN

2. RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCIÓN DEL ENTORNO O MEDIO

- 2.1. Riesgos en las actividades físico-deportivo-recreativas en el medio natural
- 2.2. Actividades físico-deportivo-recreativas en el medio acuático
- 2.3. Actividades físico-deportivo-recreativas en instalaciones deportivas cerradas respecto al técnico deportivo
- 2.4. Actividades físico-deportivo-recreativas en entornos educativos

3. ACCIONES PREVENTIVAS EN FUNCIÓN DEL ENTORNO: ACTUACIÓN EN EL MEDIO ACUÁTICO, EL CAMPO Y LA MONTAÑA

4. GENERACIÓN DE ENTORNOS SEGUROS Y DE AUTOPROTECCIÓN EN URGENCIAS

5. MATERIALES DE AUTOPROTECCIÓN PERSONAL

- 5.1. Materiales de protección personal
- 5.2. Materiales de protección para la víctima

6. CONDUCTA PAS: PROTEGER, AVISAR, SOCORRER

7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de este libro analizaremos los riesgos potenciales de las actividades deportivas, donde el técnico deportivo desarrollará su actuación profesional.

Una vez analizadas las conductas preventivas generales, podremos minimizar posibles accidentes. Elemento indispensable a destacar en este sentido, es la **conducta PAS**, conducta que todo técnico deportivo debe automatizar para poder actuar como primer auxiliador en un accidente o percance.

Existen muchos tipos de actividades deportivas, unas más peligrosas que otras, por lo que la variabilidad de tipos de **accidentes deportivos** es muy amplia, y abarca desde consecuencias banales a situaciones de gravedad.

Entre las más frecuentes están las lesiones del aparato locomotor, donde se pueden dar lesiones de todo tipo: musculares (sobrecargas), articulares (lesiones de menisco, por ejemplo), de ligamentos (esguinces), de tendones (tendinitis) y óseas (fracturas).

Igualmente, dependiendo de los lugares (montaña, mar, cuevas, campo, parques...) y el deporte realizado, se pueden producir insolaciones, golpes de calor, hipotermias, congelaciones, deshidrataciones, alteraciones cardíacas, problemas respiratorios, etc.

2. RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCIÓN DEL ENTORNO O MEDIO

2.1. Riesgos en las actividades físico-deportivo-recreativas en el medio natural

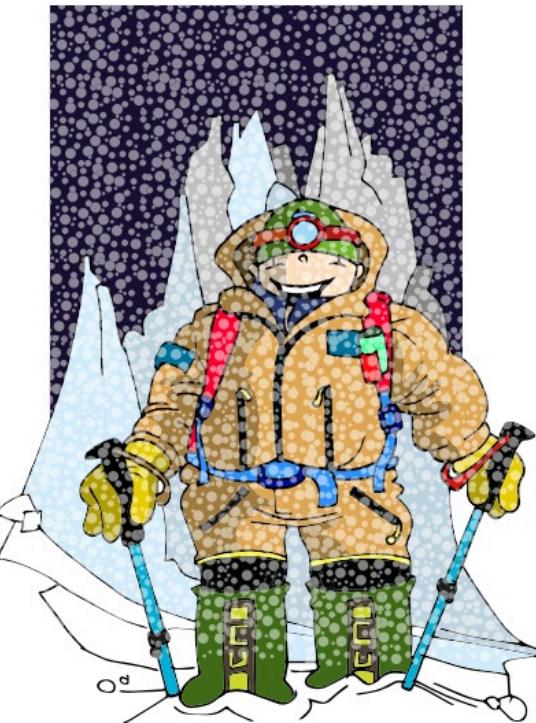
Una de las tareas que se nos plantean en nuestra labor profesional, tanto en el plano docente como en el ámbito profesional de la actividad física y deportiva, es ser conscientes de los posibles riesgos y peligros que entrañan las actividades que se realizan fuera del entorno común.

Asumir un determinado nivel de riesgo sin que afecte a la seguridad del practicante es parte de nuestra labor diaria. El riesgo siempre estará condicionado por diferentes factores: habilidad o capacidad física y psicológica del practicante, edad, motivaciones, características de la actividad etc.

Para el éxito de la actividad será necesario buscar la existencia de un equilibrio adecuado entre la capacidad del practicante y las características de la misma.

Prestando atención a los diferentes elementos que componen una actividad en el medio natural, se puede reducir la posibilidad de riesgo en la realización de este tipo de actividades. Estos elementos son:

- **Los responsables:** deben tener conocimiento teórico y práctico de la actividad ya que así podrán prever mejor las contingencias. Deben ser profesionales de esa actividad, dominarla y transmitir seguridad a los participantes.
- **Los participantes:** deben conocer muy bien las características que poseen y sus limitaciones, para saber qué pueden hacer y qué no, y así evitar riesgos.
- **La actividad:** se ha de buscar un equilibrio entre la incertidumbre que conlleve la actividad (que suele ser un factor de motivación) y la seguridad que se garantice. Hay que estudiar el nivel de exigencia en cuanto a capacidades y habilidades técnicas o físicas que requiere la actividad, con el fin de elegir la que más se adecue al grupo de alumnos o participantes.
- **El lugar:** buscar lugares seguros para la realización de la actividad y para la estancia. Por ejemplo, si vamos a realizar una actividad de orientación deportiva, comprobar que en los alrededores no hay peligros como fosas, pozos sin cubrir, barrancos, zanjas, etc.
- **Previsión meteorológica:** consultar las previsiones meteorológicas es fundamental para evitar sorpresas y tener pensadas alternativas por si surge mal tiempo.
- **La planificación:** como ya se ha dicho, una buena planificación es básica, no se puede dejar nada a la improvisación. Se deben pensar alternativas a todo lo que pueda suceder.
- **La vestimenta:** se debe aconsejar a los participantes sobre la ropa más adecuada para la actividad. •
- **El equipamiento:** muchas actividades necesitan material específico que habrá de ser revisado antes, durante y al término de la actividad.
- **Los protocolos:** los participantes deben tener claro los pasos a seguir en caso de tener que comunicarse con los responsables de la actividad o socorrer a un compañero. También es importante informarse sobre centros médicos, hospitales, centros de salud, etc., cercanos al lugar.
- **Las normas:** antes de la actividad se repasarán con los participantes tanto las normas para la realización de la misma como las normas básicas de seguridad.
- **Las autorizaciones:** aparte de la autorización del centro, ayuntamiento, etc., los responsables se encargarán de comunicar a los padres, madres y/o tutores de los participantes menores de edad todas las características de la actividad, recogiendo las autorizaciones pertinentes para poder ejecutar la misma. Es importante llevar estas autorizaciones al lugar de desarrollo de la actividad deportiva, ya que recoge datos importantes como teléfonos de contacto, etc.



Los consejos más importantes se pueden ver en este vídeo:



02:09

PREVENCIÓN EN LA MONTAÑA

2.2. Actividades físico-deportivo-recreativas en el medio acuático

El medio acuático presenta unas características particulares y diferentes que pueden facilitar una actividad educativa y saludable, pero al no ser el medio propio del ser humano presenta riesgos objetivos para su integridad física, siendo el más grave el ahogamiento.

Existen formas útiles y eficaces de lograr una adecuada educación en el medio acuático, que consisten en aportar una información preventiva como puedes ver en el siguiente vídeo:



05:29

PRIMEROS AUXILIOS. ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACUÁTICAS

En este sentido, cobra un valor importante el “informar para formar” en seguridad acuática, con el objetivo de:

- Divulgar conocimientos básicos sobre el medio acuático.
- Conocer los riesgos en función del espacio acuático donde se esté.
- Entender cuáles son los accidentes más frecuentes y las formas de evitarlos.
- Conocer técnicas sencillas de autosalvamento y unas pautas sencillas de intervención y rescate sin riesgos.

El [informe nacional de ahogados](#) de la RFEES revela la importancia de conocer este riesgo:

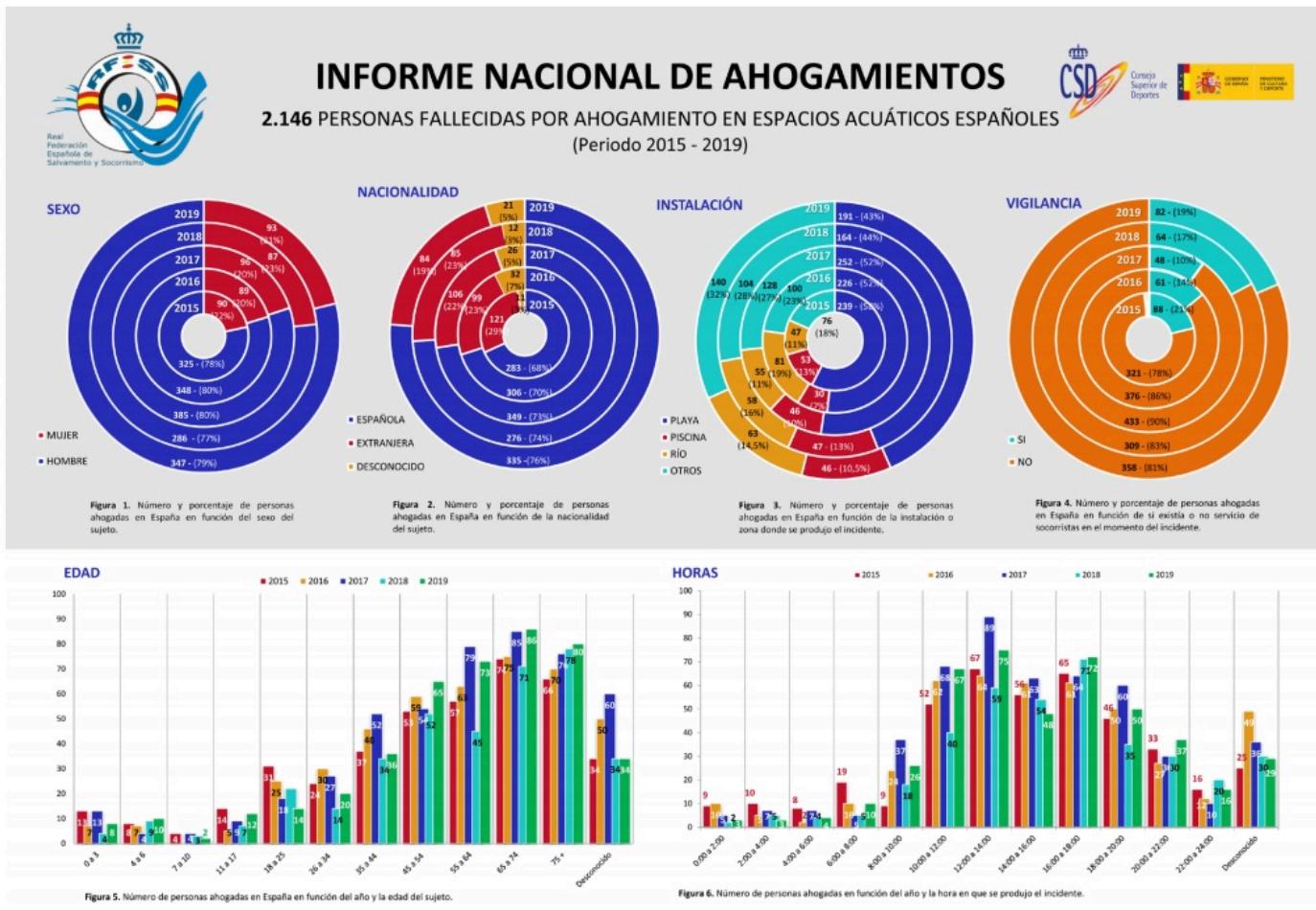


Tabla 1. INFOGRAFÍA-INA-2015-2019 (Número de ahogamientos en distintos medios acuáticos)

Esta información y divulgación sobre “prevención de riesgos en medios acuáticos” se podrían conseguir de dos formas básicas:

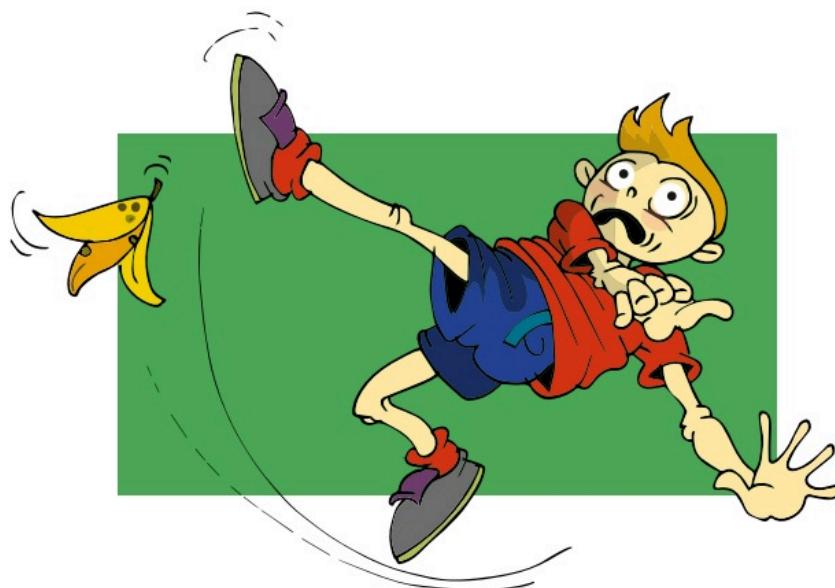
- A distancia y a través de los medios de comunicación (televisión, radio, prensa escrita en sus modalidades tradicionales y a través de internet). Los medios de comunicación asumirían el papel educativo que tienen y podrían producir programas especiales, línea de anuncios, informes o noticias y documentales.
- En la propia zona de baño público o actividad acuática, utilizando megafonía informativa, folletos, paneles y carteles. La megafonía es uno de los recursos más eficaces para los mensajes de prevención y de alarma en situaciones de emergencia. En cuanto a los paneles y carteles deben situarse en los lugares más visibles, con mensajes atractivos y fáciles de entender, y teniendo en cuenta a quién van dirigidos. Por ejemplo, si se desea que los vean los niños no deben colocarse a una altura excesiva.

En la información preventiva nada mejor que aportar lo que se denominan consejos para evitar accidentes y ahogamientos, reflejada en el folleto [“Disfruta del Agua y evita los Riesgos”](#) del Ministerio de Sanidad y Cruz Roja.

2.3. Actividades físico-deportivo-recreativas en instalaciones deportivas cerradas respecto al técnico deportivo

Como principales riesgos asociados en el desarrollo de la actividad diaria para el técnico deportivo cabe destacar:

- **Caídas al mismo nivel:** debido a una inadecuada colocación de aparatos de ejercicio, separación insuficiente, desorden, distracciones, presencia de líquidos derramados en superficies, etc.
- **Caídas de objetos en manipulación:** sus causas abarcan desde la falta de experiencia en el uso de aparatos hasta distracciones, ritmo de trabajo elevado y mantenimiento inadecuado.
- **Golpes contra objetos móviles:** fundamentalmente se producen en las salas de aparatos por distracciones o mala organización y distribución de aparatos y útiles de trabajo en la sala, que también puede ir asociado a unas dimensiones insuficientes de la sala para albergar los elementos.
- **Atrapamientos por o entre objetos:** suelen estar asociados al incorrecto ajuste y uso de máquinas de ejercicio, así como al uso de prendas y objetos tales como prendas holgadas, pulseras, anillos o colgantes.
- **Ruido:** asociado a un volumen elevado de la música para acompañar la gran mayoría de clases que se dan durante la jornada de trabajo.
- **Afecciones de la voz:** las patologías de la voz son cada vez más frecuentes entre el colectivo de técnicos de actividades deportivas, ya que normalmente deben levantar la voz por encima de la música para guiar las clases. El uso de micrófonos inalámbricos es recomendable para no forzar la voz.
- **Fatiga física:** asociada al ejercicio físico continuado durante toda la jornada, en algunos casos de elevada intensidad.
- **Lesiones:** fundamentalmente asociadas a sobreesfuerzos por levantamiento de objetos pesados como pesas, sin realizar el calentamiento adecuado. Otras lesiones a las que se encuentran expuestos los monitores de actividades deportivas son los microtraumatismos por acumulación o sobrecarga, etc.
- **Carga mental:** se puede decir que es uno de los riesgos emergentes, o que se han acentuado con el cambio en el sector. La preparación y planificación de actividades con recursos y tiempos limitados, la necesidad de ofrecer una atención personalizada y de calidad, los conflictos que pueden surgir con alumnos o deportistas, la inestabilidad laboral, los horarios de trabajo, etc., son factores de riesgo muy presentes en el colectivo de monitores de actividades deportivas.



2.4. Actividades físico-deportivo-recreativas en entornos educativos

Para evitar accidentes, el primer paso es prevenirlos. Por tanto, se deben conocer los riesgos específicos de cada actividad y el entorno físico-deportivo donde habitualmente desarrollan actividades físicas educativas.

Los percances que determinan la accidentabilidad en las clases de educación física dependen principalmente de tres factores:

a) Tipo de actividades y tareas a realizar:

- **Actividades de lucha:** el contacto físico, las caídas, la diferencia de nivel entre dos participantes o el desconocimiento de las técnicas básicas, pueden provocar accidentes.
- **Habilidades gimnásticas:** dentro de la educación física, una de las tareas más complejas son las relacionadas con la gimnástica: volteretas, equilibrios o desplazamientos en situaciones desequilibrantes requieren una concentración óptima y ayudas adecuadas. Otra especialidad dentro de las habilidades gimnásticas es el acrosport, que consiste en la elaboración de figuras acrobáticas con el cuerpo humano; esta actividad puede implicar cargas excesivas sobre la espalda, desequilibrios y trabajo descoordinado en equipo.
- **Deportes de gran contacto físico:** son muchos los deportes que una de sus principales características es el contacto físico. Balonmano, rugby o incluso fútbol no son ajenos a golpes y encontronezgos que pueden desencadenar un accidente.
- **Actividades de equilibrio o que se desarrollen en altura:** el contacto físico, las caídas, la diferencia de nivel entre dos participantes o el desconocimiento de las técnicas básicas pueden provocar accidentes.

b) Organización del material de educación física: muchos accidentes son causados por un deficiente acondicionamiento del medio donde se realiza la práctica deportiva. Unas veces es motivado por la mala colocación del material, otras por el mal estado y otras por el mal uso con un nivel de riesgo a veces importante.

c) Accidentes provocados por mal estado o inadecuado uso del mobiliario de educación física:

- Canastas, porterías o grandes colchonetas que caen sobre alguna persona y que le causan importantes daños.
- Cuadros de luz accesibles, cables a la vista.
- Piscinas con bordes cortantes o demasiado deslizantes, etc.

En estos casos se debe informar de forma inmediata y por escrito (para que así quede constancia) al propietario de la instalación (colegio, ayuntamiento, particular...) y, por supuesto, evitaremos realizar prácticas deportivas en estas instalaciones potencialmente peligrosas.



3. ACCIONES PREVENTIVAS EN FUNCIÓN DEL ENTORNO: ACTUACIÓN EN EL MEDIO ACUÁTICO, EL CAMPO Y LA MONTAÑA

Deben tomarse las siguientes precauciones a nivel general para minimizar los riesgos y posibles accidentes y/o lesiones, según el medio o entorno de desarrollo de la actividad.

Prevención en la exposición solar

- Evitar quemaduras por exposición al sol, protegerse con cremas adecuadas al tipo de piel; aplicar, al menos, media hora antes de la exposición y, de nuevo, dos horas después o tras el baño.
- Tras la exposición al sol, utilizar cremas hidratantes para el cuerpo para recuperar la humedad de la piel.
- En niños, ancianos y personas sensibles, es recomendable cremas con alta protección y la utilización de sombreros y camisetas.
- Cubrirse los brazos y piernas, utilizar ropas ligeras y de colores claros.
- Utilizar gafas con filtros contra rayos ultravioleta.
- Evitar la exposición en las horas centrales del día.
- En la nieve, utilizar protectores labiales con filtro solar.

Prevención en el baño

- Utilizar tapones en los oídos para prevenir enfermedades.
- En piscinas se deberá utilizar siempre calzado de goma para evitar contagio de hongos.
- En ríos, lagos, estanques y piscinas, ducharse antes del baño o introducirse muy lentamente en el agua, para evitar el cambio brusco de temperatura.
- En playas, ríos, lagos y estanques informarse de las zonas permitidas para el baño.
- Extremar las precauciones en aguas turbias o que no pueda ver el fondo. Observar las corrientes.
- En zonas de aguas estancadas y ríos utilizar repelentes e insecticidas y cubrirse brazos y piernas.
- Los niños dentro del agua deben llevar siempre dispositivos de seguridad, manguitos, flotadores o chaleco salvavidas.

Recomendaciones de actuación en las actividades del medio natural:

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> - Beber agua antes, durante, y después de la actividad. - Llevar siempre ropa adecuada al tipo de excursión (gorras, guantes, botas, etc.), tanto para el frío como para el calor y con el suficiente avituallamiento de comida ligera y bebida. - Procurar no ir solo al monte e informar a familiares o amigos de tu itinerario. - Si se va a realizar una excursión por zonas desconocidas, informar al cuartel de la Guardia Civil de la zona sobre el itinerario previsto de su travesía. - Respetar las zonas habilitadas para el baño. - Llevar un botiquín básico y poner material que se pueda utilizar por los conocimientos que se tengan. - Tener en cuenta los colores de las banderas de información en playas, ríos, lagos y embalses. - En piscinas seguir siempre las indicaciones del socorrista. - En ríos y agua estancadas si se ve a una persona en peligro y no se es experto nadador, llamar al 112 y no perderle de vista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar perfumes durante la exposición al sol. - Hacer fuegos o fogatas en el campo. - Bañarse durante una tormenta. - Zambullirse de golpe al agua, especialmente si no se ve el fondo o con gran oleaje. - Intentar sacar a una víctima del agua si no se es un experto nadador. - Caminar descalzo dentro de los ríos, lagos o estanques. - Bañarse o emprender una travesía si ha ingerido suficiente cantidad de alcohol o fármacos que provocan somnolencia.

4. GENERACIÓN DE ENTORNOS SEGUROS Y DE AUTOPROTECCIÓN EN URGENCIAS

En el medio extrahospitalario, el accidente o enfermedad repentina se puede producir en tres entornos diferentes, cada uno con sus peculiaridades: en un espacio público (calle, comercio, estación, carretera...), en un domicilio o empresa y en un centro sanitario no hospitalario.

En el caso de la actuación del técnico deportivo, esta actuación se restringe al espacio público, entorno natural e instalaciones deportivas.

Los espacios públicos son sitios complicados para los primeros auxilios, porque en ellos hay que socorrer sometido a las condiciones meteorológicas (nieve, agua, calor, niebla...), a la existencia o falta de luz (día, noche), a posibles riesgos inesperados (avalanchas, gases, explosiones, caídas de objetos...), al estrés ambiental (aglomeración de personas, etc.), a la falta de recursos según los caso...

Cuando se atiende a un accidentado en un sitio público, la **primera actuación** debe ir encaminada a **asegurar la integridad física** del accidentado y de la persona que auxilia. En este sentido, es prioritario estudiar los posibles riesgos para evitarlos y generar un entorno seguro. Por ejemplo, en caso de accidentes de circulación como el caso de un atropello, es preciso señalizar o balizar la zona para evitar nuevos accidentes, comprobar la existencia de combustible derramado, apagar el contacto de los vehículos implicados, calibrar el grado de accesibilidad al lesionado y apartar a los ciudadanos que se congregan alrededor.

A veces alguien del público con conocimientos de socorristismo se ofrece a colaborar en la asistencia al accidentado y se puede formar un equipo en el que cada cual debe tener establecida su propia tarea; en otras ocasiones habrá que solicitar ayuda a una persona, por ejemplo, para que avise al 112, mientras los auxiliadores llevan a efecto la reanimación cardiopulmonar (RCP).

En ocasiones, el equipo sanitario de emergencias se encuentra con alguna persona que, de alguna forma, molesta, increpa o quiere actuar a toda costa, pudiendo complicar bastante la situación; para atajar esta circunstancia, a falta de policía en el lugar, a esta persona se le puede encomendar una tarea importante como por ejemplo balizar la zona con triángulos de emergencia, controlar a la gente para que no se aproxime, etc.

Las maniobras de reanimación de una persona en situación de parada cardiorrespiratoria se efectúan en la calle o *in situ*; los auxiliadores, en cuanto llegan los equipos sanitarios de emergencia, ceden el protagonismo a estos, quienes una vez estabilizado el paciente (inmovilización, canalización de la vía venosa, ventiloterapia...) trasladarán al accidentado al hospital en una UME.

Cuando no hay que efectuar maniobras de soporte vital, lo más común en las situaciones del ámbito deportivo, los equipos sanitarios de emergencia suelen preferir trasladar y atender al paciente a la ambulancia, antes que actuar en la calle o en el espacio de juego, para crear un entorno más adecuado.

En caso de existir problemas para acceder al paciente o para evacuarlo (víctimas atrapadas, lugares inaccesibles...), habrá que solicitar la ayuda de los bomberos. Es habitual que existan protocolos de actuación para coordinar a todos los estamentos implicados en la asistencia en lugares públicos (policía nacional, policía municipal, guardia civil, otros cuerpos autonómicos de seguridad, bomberos, equipos sanitarios, ambulancias de transporte, etc.). En cualquier caso, la actuación será avisar y auxiliar al accidentado hasta que llegue la atención especializada.

5. MATERIALES DE AUTOPROTECCIÓN PERSONAL

Los equipos de emergencia, una vez localizado geográficamente el lugar, suelen establecer el área de alcance de actuación en función del tipo de riesgo y su naturaleza. La zona se acota, por ejemplo, en un círculo, o en varios, alrededor del lugar donde ha ocurrido el accidente.

5.1. Materiales de protección personal

Quienes auxilian a un accidentado deben llevar puestos, necesariamente, petos o chalecos reflectantes de seguridad en el lugar de los hechos, con el fin de darse a conocer y de evitar riesgos. De este modo, la simple visualización del peto permite saber que se trata de una persona que está auxiliando, ya sea de forma directa o indirecta.

En el caso del técnico deportivo, la situación requiere parar el juego o entrenamiento, nada más, a no ser que hablemos de pruebas de motor, montaña, etc.

En general, todo aquel que atienda a un accidentado, bien por su carácter profesional (sanitario, técnico de emergencias, etc.), o por su simple condición de técnico deportivo, es recomendable que utilice guantes de protección que aíslen la piel de sus manos del contacto con fluidos corporales del paciente, como la sangre, por el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas.

5.2. Materiales de protección para la víctima

En este apartado cabe citar muy diversos materiales, como la ropa y objetos de abrigo (mantas térmicas, mantas estándar, tejidos impermeables, pañales o empapadores) o los materiales de inmovilización y traslado, que se emplean para evitar mayores lesiones y poder trasladar adecuadamente al paciente (vendas, pañuelos, cinturones, férulas, camillas, sillas de ruedas, sillas de traslado, collarines, tablas de rescate, chalecos espinales, colchones de vacío...). Podremos ver más en profundidad estos materiales en los temas posteriores.

6. CONDUCTA PAS: PROTEGER, AVISAR, SOCORRER

Una persona que va a socorrer a otra debe plantearse como cuestión previa a qué tipo de accidente se enfrenta, si el entorno es seguro para él y la víctima, y con qué ayudas y medios cuenta en ese momento.

Una vez que se presencia, o se sabe que ha ocurrido el accidente, hay que acercarse para ver qué ha pasado, averiguar el tipo de accidente de que se trata y saber si hay o no heridos.

En este sentido pueden darse muchas situaciones: que no existan heridos, que solo haya uno, o que sean varias o muchas las personas afectadas.

En una situación de emergencia puede ocurrir que las personas que se encuentran en el lugar del suceso entren en una situación de bloqueo o colapso que les impida una toma correcta de decisiones.

Existe una forma sencilla de recordar la secuencia de actuaciones a seguir ante una situación de emergencia. Esta secuencia corresponde a las siglas **PAS**, cuyo significado es: "**Proteger, Alertar y Socorrer**". La conducta PAS es el protocolo de actuación que debe seguir cualquier persona que vaya a intervenir en una situación de emergencia con heridos, víctimas o enfermos.

¿En qué consiste cada una de sus fases?

A. Proteger

La protección hace referencia a las actuaciones, métodos y técnicas que deben realizarse al procurar un auxilio para evitar que la situación se complique o haya más víctimas.

Si solo hay una persona para prestar ayuda, esta debe extremar al máximo la prudencia siendo objetiva con las medidas y acciones que vaya a realizar. Si hay varias personas asistiendo alguna de ellas se puede encargar de identificar y controlar posibles peligros.

En una emergencia pueden aparecer conductas peligrosas para los auxiliadores y para las víctimas. Este peligro añadido puede estar provocado por en el instinto de ayudar con rapidez al accidentado. Es importante garantizar siempre la seguridad en el lugar del accidente: la seguridad propia, la del accidentado (heridos, personas en estado de shock...) y las de todas las personas que se encuentren o acudan al lugar del suceso.

La protección implica:

- Observar la escena del accidente y crear una zona de seguridad.
- Señalar el accidente, especialmente si es de noche o no hay una buena visibilidad.
- Identificar los posibles riesgos, por ejemplo, incendios, escapes de gas, paso de vehículos, derrumbes, etc.
- Adoptar las medidas de protección y autoprotección más convenientes, por ejemplo, chalecos reflectantes, cascos.
- No fumar en la zona afectada.
- Evitar curiosos que generalmente estorban y dificultan las tareas de ayuda.

Como principio nunca se moverá a la víctima salvo que exista peligro real para su vida, por ejemplo, en un incendio, en una explosión.

La autoprotección es una premisa básica ante cualquier situación de emergencia. En ocasiones, actitudes improcedentes pueden desencadenar un nuevo accidente o agravar el ya existente.

Ejemplo: *un riesgo que corren los socorristas es el de la visión en túnel; ocurre cuando en una situación grave, el socorrista con un fuerte deseo de ayudar, fija su objetivo en la víctima y no percibe otras situaciones de peligro para él o para otros.*

Recuerda que en primeros auxilios es una máxima que siempre hay que trabajar o socorrer en entornos seguros y alejando al paciente y a nosotros mismos de los posibles peligros. Igualmente, no se puede intervenir cuando ello suponga poner en serio peligro la propia vida, o se puedan sufrir graves lesiones, ya que ello supondría que el socorrista ya no podría auxiliar a la víctima y se añadiría él mismo como un nuevo accidentado.

B. Alertar

En la fase siguiente y tras garantizar la seguridad, deberá alertarse a los servicios de emergencias para conseguir la ayuda necesaria lo antes posible. La vía normal es llamar al 112, sistema de llamadas de emergencia en toda Europa (aunque en algunas comunidades autónomas se utiliza el 061), siendo esta llamada atendida por un operador que obtiene los datos relevantes de la situación. En esta llamada será necesario informar de:

- El lugar exacto donde se ha producido el incidente: población y dirección exacta, punto kilométrico, etc.
- El número de personas afectadas y su estado.
- El tipo de accidente ocurrido: explosión, incendio, etc.
- Es importante identificarse: decir nuestro nombre, el número de teléfono y desde donde se hace la llamada.

- Hablar con calma y responder con precisión a las preguntas que realicen y no abandonar la comunicación hasta que se indique; no colgar el teléfono sin estar seguros de que el mensaje se ha recibido.
- Se debe indicar si los accidentados están recibiendo o no asistencia.
- Si estamos solos, lo primero es socorrer y valorar a la víctima y después avisar.

Con toda la información obtenida se aplicará el plan de acción específico por parte de los sistemas de emergencias y se movilizará a los organismos de intervención correspondientes y necesarios que deban participar: policía, bomberos, personal sanitario, ambulancias, protección civil... De esta manera se aborda de forma integral la situación de emergencia

En el siguiente vídeo se muestra un resumen del proceso “cómo avisar a los servicios de emergencia”.



01:43

CÓMO AVISAR A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

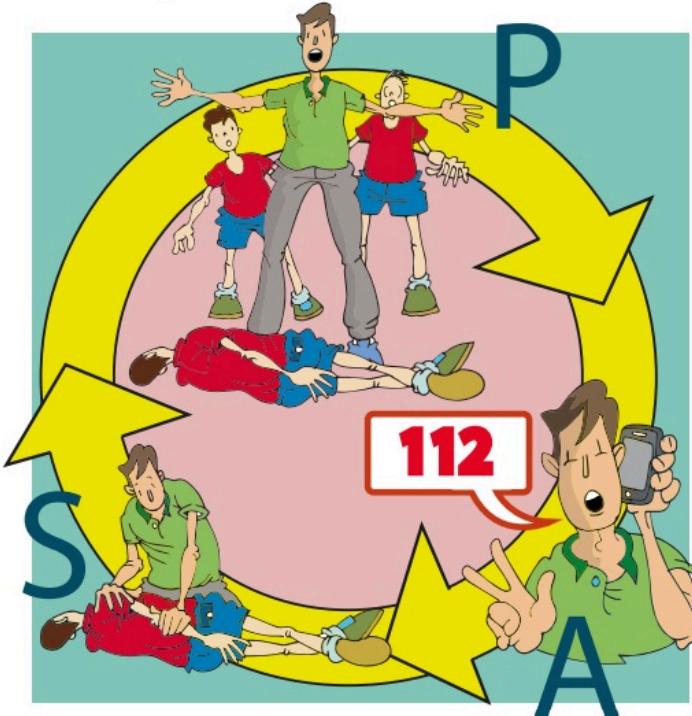
C. Socorrer

Una vez asegurada la zona y dado el aviso, se socorre a la víctima hasta que llegue la ayuda especializada. El auxilio se prestará en función de los conocimientos de la persona que socorre. Es mejor no hacer nada que hacer algo imprudente. Si se tiene la formación suficiente, se realizará una valoración inicial o primaria del accidentado para reconocer sus constantes vitales y su nivel de conciencia.

Si no se puede o no se sabe socorrer, se puede ser útil evitando que la gente se agolpe alrededor, controlando el tráfico, controlando otros posibles riesgos, etc.

Se debe controlar continuamente la situación de los accidentados, vigilando especialmente el nivel de conciencia, alteraciones en la respiración, circulación, presencia de hemorragias o de shock.

Cualquier persona que vaya a intervenir en una situación de urgencia con heridos o enfermos no debe olvidar estas tres sencillas palabras: Proteger, Alertar y Socorrer.



A continuación, y como repaso te recordamos algunos consejos recogidos como “**Normas generales de actuación en Primeros Auxilios**” en la mayoría de manuales de Primeros Auxilios:

- Se debe actuar con serenidad y con rapidez.
- Avisar al servicio de emergencias: 112 (061 en algunas CCAA).
- Intervenir solo si se sabe cómo hay que actuar: proporcionar una ayuda inadecuada puede agravar la situación de las víctimas.
- Hay que comprobar que no existen otros peligros en el lugar donde se ha producido el accidente.
- No se deben hacer comentarios sobre la situación o estado de salud de las víctimas.
- No se debe dejar sólo al accidentado: se debe estar con la víctima hasta que reciba los cuidados apropiados.
- Se debe abrigar al accidentado para mantener la temperatura corporal. • No se le deben dar comidas ni bebidas.
- No se debe mover a la víctima a no ser que exista un peligro mayor.
- Hay que observar al accidentado por si aparecen nuevas lesiones que al principio no aparecieron o pasaron inadvertidas como por ejemplo hemorragias, quemaduras, etc.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abelairas, C.; López, S. y Río, D. (mayo de 2012). Análisis y valoración del riesgo en las actividades en el entorno natural. IV Congreso Internacional de Ciencias del Deporte y la Educación Física. Pontevedra. Disponible aquí: <http://altorendimiento.com/analisis-y-valoracion-del-riesgo-en-las-actividades-en-el-entorno-natural/>
- Consejería de Educación de la Región de Murcia. (2016) Manual Básico de Riesgos Laborales. Disponible aquí: http://www.llegarasalto.com/docs/manuales_prl/MANUAL_ACT_DEPORTIVAS_Q.p
- García, J. y Barcala, R. (junio 2006). La prevención de accidentes en la actividad física y deportiva. Recomendaciones para la organización didáctica de la EF escolar. Revista Digital Efdeportes. Recuperado de: <https://www.efdeportes.com/efd97/accident.htm>
- Gutiérrez, E y Gomez , JL. (2005). Actuación general en primeros auxilios Madrid, España: Editex.
- Instituto Biomecánico de Valencia (2015) Buenas prácticas para la gestión de riesgos asociados a la actividad física. Factores de riesgo y estimación de riesgo. Recuperado de: <http://athletgest.ibv.org/es/clientes-y-usuarios/50-buenas-practicas-para-la-gestion-de-riesgosasociados-a-la-actividad-fisica.html?start=5>
- Ministerio del Interior. Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2006). Autoprotección en centros escolares. Programa para Centros escolares. Guía didáctica para profesores. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011). Salud Pública. Extraído el 1 de Junio de 2016 de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/jornadaPeriodoEstival2011/jornadaPeriodoEstival2011.htm>
- Palacios Aguilar; J. y Barcala Furelo, R. (2012). Prevención de accidentes acuáticos y ahogamientos. EmásF, Revista Digital de Educación Física. Num. 19 (noviembre-diciembre de 2012). Recuperado de: http://emasf2.webcindario.com/NUMERO_19_EMASF.pdf
- Servicio de Deportes de la Diputación Foral de Gipuzkoa (2009). Guía para una práctica segura de las actividades en el medio natural Extraído el 1 de Junio de 2016 de <http://www.kirolgela.net/seccion/index/26.html>
- Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES): Certificado de Técnicos en Urgencias y Emergencias Sanitarias (CTES) Cuerpo Doctrinal. (2003). Extraído de: <https://www.semest.org/home/tecnicos/>

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.



DESCARGAR TEMA EN PDF

CICLO INICIAL



CENTRO SUPERIOR
DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS

TEMA 8

EMERGENCIAS



MARZO 2021
© CESED

TEMA 8

EMERGENCIAS

1. EL CASO DEL ATROPELLO	PÁG. 4
2. TERMINOLOGÍA COMÚN RELACIONADA CON EMERGENCIAS	PÁG. 5
2.1. Relación entre conceptos de urgencia y emergencia.....	Pág. 6
3. SISTEMAS DE EMERGENCIAS: MODELOS DE COORDINACIÓN	PÁG. 7
3.1. Modelos de coordinación de sistemas de emergencias.....	Pág. 8
3.2. La importancia del 112	Pág. 9
4. TRIAGE COMO SISTÉMATICA DE ACTUACIÓN	PÁG. 9
5. RESPONSABILIDAD Y MARCO LEGAL. LÍMITES DE ACTUACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS.....	PÁG. 10
5.1. Límites de actuación en primeros auxilios.....	Pág.11
6. RESOLUCIÓN DEL CASO DEL ATROPELLO.....	PÁG. 13
7. BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 15

1. EL CASO DEL ATROPELLO

Para comenzar este tema te pedimos que leas con detenimiento este hecho para poder analizar la situación:

Un triatleta en enero de 2020 ha sido arrollado por un camión mientras entrenaba con la bici, según ha informado la agencia EFE. El accidente ha ocurrido en una carretera de Logroño, en el municipio riojano de Cenicero, según ha informado el Servicio de Emergencias.

El triatleta fue embestido por el camión cayendo en una zona estrecha de la carretera. El triatleta circulaba junto a otros dos compañeros ciclistas que lograron evitar al camión al ir por delante del accidentado, han explicado algunos testigos. Inmediatamente sus compañeros se bajaron para auxiliarle encontrándolo en medio de la carretera, caído y con varios golpes en la cabeza y las piernas. Los ciclistas en seguida bajaron de la bici y se dispusieron de manera organizada a intentar señalizar el accidente, pero en ningún momento se atrevieron a tocar al ciclista herido por miedo a causarle mayores perjuicios.

La asistencia especializada tardó unos 20 minutos en llegar al lugar de los hechos porque los ciclistas no pudieron precisar de manera exacta su ubicación; era una zona mal localizada en todas las aplicaciones de ubicación GPS.

*Una vez atendido *in situ* por el Servicio de Emergencias, el ciclista al llegar al hospital fue ingresado en la UCI con fracturas en la cabeza, clavícula y seis costillas e inicio de hipotermia, aunque sin ningún daño importante neurológico. Tras un mes hospitalizado pudo regresar a casa y en tres meses fue capaz de reanudar los entrenamientos.*



Analiza, a través de las siguientes preguntas, los hechos ocurridos:

1. ¿El conductor del camión tenía la obligación de detenerse y avisar a los servicios de emergencia?
2. Aunque no tenían formación en primeros auxilios, ¿deberían legalmente los ciclistas haber socorrido al compañero? ¿se les podría acusar de algún delito si sus compañeros fueran profesionales sanitarios?
3. Valora si sus compañeros hicieron todo lo posible por atender al triatleta y si su manera de proceder fue adecuada desde la perspectiva de la atención al deportista.

Tal como hemos dicho en el preámbulo las respuestas correctas las podrá encontrar al finalizar este documento. Este análisis podrás encontrarlo más adelante al final del recurso ya que pretendemos que sirva como reflexión previa o introductoria a los contenidos fundamentales de este tema: legalidad respecto a la atención de primeros auxilios, sistemas de emergencias y fundamentalmente **la conducta PAS**. Este es el punto de partida del **bloque de Seguridad y Auxilio**.

2. TERMINOLOGÍA COMÚN RELACIONADA CON EMERGENCIAS

Una emergencia es una circunstancia en la que la vida de una persona corre peligro o puede terminar con secuelas irremediables y, si no es asistido sanitariamente con prontitud, podría llevar a la persona a la muerte en un tiempo corto (menos de una hora). Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es un caso en el que la falta de asistencia conducirá a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial.

Los primeros auxilios son una serie de técnicas sanitarias básicas que se llevan a cabo en los primeros momentos en que una persona sufre una enfermedad o un accidente, con el fin de salvar su vida o minimizar el riesgo de sus lesiones. Estas técnicas no siempre se pueden realizar con medios sofisticados o especializados, sino que en muchos casos el socorrista las realiza exclusivamente con los mínimos recursos materiales, en ocasiones improvisados en el lugar de los hechos.

En el mundo deportivo los casos más frecuentes suelen ser lesiones de bajo riesgo vital, pero las circunstancias del medio o el tipo de deportista hace que en ocasiones nos tengamos enfrentar a situaciones complicadas.

A pesar de la gran variabilidad etiológica que se puede dar en las distintas emergencias en el mundo deportivo, la atención a un paciente crítico se efectúa mediante una valoración inicial común a todas las situaciones de riesgo, seguida de una actuación específica para cada problema concreto.

Antes de entrar en la organización de los sistemas de emergencias, comenzaremos por definir qué constituye o diferencia los términos relacionados con la gestión de emergencias, en función de la gravedad de los hechos de mayor a menor a gravedad:

- **Catástrofe.** La palabra catástrofe se utiliza para definir todo suceso que altera profundamente el orden normal de las cosas.
- **Emergencia colectiva.** Toda situación limitada en el espacio y en el tiempo, causada por agentes externos vulnerantes que, actuando de forma brusca y violenta, ocasiona lesiones a uno o más individuos, con repercusión del entorno en ese lugar. Se caracterizan, principalmente, porque no suelen producir un desequilibrio entre las necesidades y los recursos disponibles.
- **Accidente con múltiples víctimas.** Aquella situación en la que los sistemas de emergencia locales son desbordados y se ven incapaces de controlar la situación en los primeros quince minutos. La diferencia con una catástrofe radica en el lugar en donde se produce y el número de heridos. Ej.: un accidente con tres heridos graves en una localidad en la cual solo existe un dispositivo de emergencia en un radio de 30 kilómetros, es una catástrofe; mientras que el mismo número de afectados en Madrid sería un accidente con múltiples víctimas.
- **Cataclismo.** Situación de emergencia colectiva producida por conflictos derivados de alteraciones físicas del globo terráqueo (terremotos, volcanes, huracanes, etc.), que destruyen amplias zonas del terreno. Ej.: terremotos de Turquía, Pakistán, Perú, Indonesia, Java, etc.
- **Siniestro.** Todo acontecimiento que produce una desestabilización social en el que se ponen en juego las fuerzas de la naturaleza. En este caso la figura humana puede ser desencadenante. Ej.: hundimiento de un petrolero.
- **Urgencia.** Es una situación por la que una persona cree necesita asistencia sanitaria, haya o no peligro vital para la misma. En la urgencia el paciente piensa que la situación reviste mayor gravedad, pero en realidad esta no empeorará, aunque se produzca una demora en su asistencia.

Tipos de urgencia

- **Urgencia subjetiva:** está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público, surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona. Ej.: algunos heridos se alteran mucho por sangrados leves.
- **Urgencia objetiva:** sería aquella situación que compromete la vida o la salud de la persona, y que puede ser apreciada por personal sanitario o no sanitario entrenado. Ej.: síntomas de hemorragia interna grave como la palidez y el desmayo.
- **Urgencia vital:** forma parte de la urgencia objetiva y es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento. Este concepto se utiliza para describir la situación de emergencia médica.
- **Accidente:** suceso eventual en el que involuntariamente ocurren daños para las personas o cosas; sobreviene de forma fortuita y provoca una lesión o alteración funcional permanente o pasajera.



2.1. Relación entre conceptos de urgencia y emergencia

Las emergencias reúnen las siguientes características:

- Hacen peligrar la vida del accidentado, algún órgano o parte esencial de su organismo, a no ser que se instauren medidas terapéuticas con prontitud. Siempre comportan un elevado riesgo vital.
- El problema desencadenante de la emergencia aparece casi siempre de un modo súbito.
- Requieren de respuesta especializada inmediata, entre minutos y una hora.
- La emergencia requiere hospitalización, salvo raras excepciones.
- Precisa, por lo general, de asistencia in situ y un transporte asistido o especializado hasta el hospital.
- La solicitud de atención ante situaciones de emergencia procede de la familia o del entorno donde se ha desencadenado el problema. Generalmente, no es solicitada por el propio paciente.
- Hasta la plena instauración de los servicios de urgencia extrahospitalarios, necesita con frecuencia la concurrencia de instituciones no sanitarias para su resolución, como son la policía, bomberos, etc.

Atendiendo a las características descritas y considerando los términos urgencia y emergencia, se muestra a continuación un cuadro donde se reflejan las diferencias entre ambas:

EMERGENCIA	URGENCIA
Riesgo vital inminente	Admite demora en el tiempo sin gravar su vida
Respuesta inmediata (minutos)	Respuesta rápida (horas)
Objetiva	Subjetiva
Demandada por entidades o testimonios presenciales	Demandada por el propio herido o entorno familiar
Hospitalización segura al 100%	Hospitalización < 10%
Formación específica personal asistente	NO
Participación de equipos no sanitarios	NO
Coordinación indispensable	NO

Toda esta terminología es importante a la hora de la atención al deportista lesionado, sobre todo con el objetivo de homogeneizar la comunicación entre los diferentes agentes responsables de la intervención.

3. SISTEMAS DE EMERGENCIAS: MODELOS DE COORDINACIÓN

La ayuda sanitaria urgente debe ser considerada como el conjunto de las acciones que, partiendo de las funciones y competencias de los intervenientes, concurren en la prestación de servicios de urgencia apropiados e inmediatos a toda persona que presente una patología aguda, en cualquier lugar donde se encuentre, allí y hasta su llegada al hospital.

La atención a las situaciones urgentes es un proceso dinámico en el que intervienen cuatro factores:

- Notificación de la urgencia sanitaria (en este caso relacionada con el deporte).
- Recepción de la llamada en el centro coordinador.
- Puesta en marcha del dispositivo de atención.
- Recepción de la víctima en el hospital de referencia.

Cada uno de los factores mencionados tiene un papel definido dentro del proceso de atención a la emergencia.

1. La víctima o el público:

- Realiza los primeros actos de protección y salvamento.
- Pone en marcha el sistema y facilita la acción de los servicios de socorro.

2. Centro de coordinación:

- Recibe la llamada solicitando atención sanitaria.
- Moviliza los recursos necesarios, sanitarios y no sanitarios.
- Coordina la asistencia sanitaria urgente.
- Distribuye las víctimas a los centros hospitalarios.
- Avisa a los hospitales receptores.

3. Servicios de socorro.

- No sanitarios.
- Fuerzas del orden público.
- Bomberos.
- Protección civil.
- Sanitarios.
- Voluntarios.
- Profesionales.
- Transporte sanitario.

3.1. Modelos de coordinación de sistemas de emergencias

Los Servicios de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarios (SUEE) existentes en España dependen, indistintamente, de administraciones locales o autonómicas, empresas públicas o privadas, pero todos tienen como característica común la presencia de médicos provenientes en su mayoría del nivel de atención primaria, tanto en los centros que realizan coordinación-regulación como en los dispositivos de respuesta asistencial. Este **modelo médico extrahospitalario** es actualmente el modelo más extendido en toda la geografía española, aunque existen variaciones o matices según la dependencia u organismo sanitario de que se trate (servicios autonómicos de salud, sector sanitario privado, servicios sanitarios municipales...), pero todos tienen como característica común la presencia sistemática de un médico, tanto en los centros de coordinación de urgencias (112) como en los dispositivos de asistencia sanitaria. Como ejemplo de este modelo está el SUMMA 112: Servicio de urgencias y emergencias de la Comunidad de Madrid (CAM). Los desplazamientos se realizan en su mayoría en vehículos de tipo UME (Unidad Móvil de Emergencias).

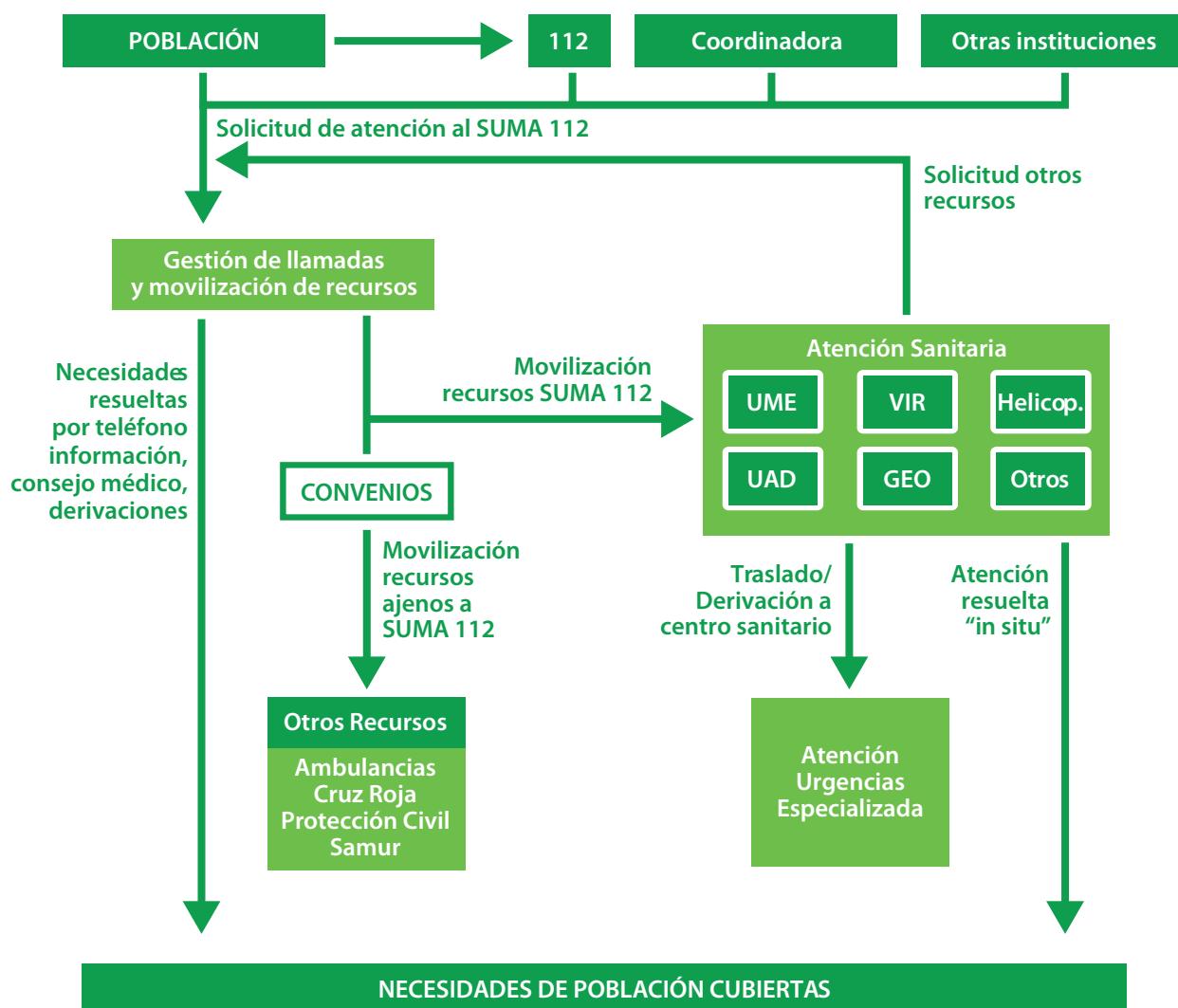


Figura 1. Esquema de coordinación del SUMMA 112 de la CAM

Para tener una visión general de la estructura y recursos de los servicios de atención especializada en **Emergencias**, te mostramos como ejemplo el siguiente vídeo del centro coordinador de la Comunidad de Madrid



Cada Comunidad tiene un modelo parecido. Puedes consultar otros ejemplos en los siguientes links:

- [Castilla y León](#).
- [Andalucía](#).
- [Galicia](#).

3.2. La importancia del 112

Fue introducido en la Unión Europea (UE) en 1991 para que todos los ciudadanos pudieran realizar llamadas de emergencia a un único número, de manera que fueran más accesibles al público los servicios de emergencia y que sirviera para todos los viajeros en cualquier localización.

El **112** ya se empleaba en Alemania e Italia para llamar al cuerpo de bomberos o policía, respectivamente. La UE exigió que, a partir de 1998, los estados miembros garantizaran el uso de la asistencia de urgencia telefónica con el **número 112** y que esta llamada pudiera realizarse desde un teléfono fijo, o a través de móviles, de forma absolutamente gratuita.

Desde el año 2003, los operadores de telecomunicaciones deben proporcionar información sobre el lugar desde donde se efectúan estas llamadas de emergencia, para facilitar la localización de las víctimas de accidentes y de otro tipo al personal que compone la Unidad Móvil de Emergencias (UME) encargado de la asistencia de las emergencias extrahospitalarias.

Como dato, indicar que aún aparecen diversos números relacionados con las llamadas de urgencias:

- **061** en Andalucía, Aragón, Asturias, Barcelona, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Ceuta, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, La Rioja, Madrid, Melilla y Murcia.
- **006** en Ciudad Real.
- **080** en la Comunidad Valenciana.
- **088** en Navarra y País Vasco.

Todos estos números de emergencia sanitaria **son compatibles con el número único gratuito europeo, el 112**, aunque se tiende a que prevalezca únicamente este. En el año 2008, en España ya estaba implantado el 112 en todo el territorio, aunque aún era desconocido para una gran parte de la población.

4. TRIAGE COMO SISTÉMATICA DE ACTUACIÓN

Se entiende por triage el “**proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia**”, diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo. Por ejemplo, es más urgente atender a alguien que no responda a estímulos que a alguien que presente una hemorragia en la cara, pero que va caminando.

El triage ha de ponerse en marcha generalmente ante situaciones que desbordan la capacidad habitual de asistencia en la zona, por lo que el objetivo primordial de esta clasificación será la de proporcionar a los equipos y medios de rescate una visión global del número de accidentados, alcance de las lesiones y las prioridades en cuanto a tratamiento inicial y evacuación.

El triage se fundamenta en dos pilares básicos: el pronóstico (clasificación de los pacientes en función de su gravedad y de su evolución) y el plazo terapéutico (tiempo máximo que puede diferirse el tratamiento sin que la situación del paciente ponga en peligro su vida).

Esta sistemática se aplica en grandes emergencias o catástrofes. Aunque en el mundo del deporte no es frecuente, se pueden tener varios lesionados a la vez en el entorno natural o si se ha producido un acontecimiento natural meteorológico imprevisto. Dicha sistemática es considerada un buen procedimiento para valorar la importancia y rapidez con la que el técnico deportivo debería actuar.

Existen más de 120 modelos de clasificación que pueden orientar en la toma de decisiones. En todos ellos se tendrá siempre presente el número aproximado de víctimas versus recursos sanitarios. La clasificación elegida, bajo circunstancias específicas de presión, debe responder siempre a criterios de sencillez; dos de estos ejemplos son el método **SHORT** y el START, aunque veremos el más simple.

Las letras del acrónimo SHORT representan las iniciales de los pasos a seguir:

S: Sale caminando

H: Habla sin dificultad

O: Obedecerá órdenes sencillas

R: Respira

T: Taponar hemorragia



A partir de la categorización del accidentado en los diferentes niveles, la importancia de la actuación rápida es vital, especialmente para los triados como **ROJOS**.

5. RESPONSABILIDAD Y MARCO LEGAL. LÍMITES DE ACTUACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS

El técnico deportivo, como persona que auxilia, debe procurar la protección de todas las personas contra el infortunio en situaciones críticas en las que su vida o su salud corren peligro. El técnico deportivo debe ser una expresión de solidaridad y ética en su ejercicio profesional. Cualquier acción dentro del marco del auxilio estará presidida por el conocimiento técnico, la prudencia, la idoneidad, el sentido humanitario y la eficacia.

La responsabilidad personal conlleva la obligación de responder de los propios actos, no solo desde el ámbito moral sino por supuesto desde el ámbito legal, de modo que cuando se actúa de modo negligente o cuando se omite el deber de auxiliar, la persona adopta una conducta con consecuencias jurídicas (penales y civiles), mientras que las consecuencias morales muchas veces quedan en el ámbito de lo íntimo y personal.

Las actuaciones en primeros auxilios se deben guiar por los derechos fundamentales de las personas, emanados de su propia condición humana (derecho natural). Por ello, todo accidentado tiene derecho a la vida, a que se le proporcionen cuidados y atención sanitaria, a que se le respete, a que no se le discrimine y a que se preserve su intimidad.

De todos ellos, el respeto a la vida es el principal y básico derecho del ser humano, ya que sin él no se puede ejercer ningún otro derecho; por eso existe la **obligación moral** primero, y **legal** después, de socorrer a quien esté en situación de desamparo y riesgo grave.

Las **responsabilidades del técnico deportivo** como persona que auxilia son las siguientes:

- Evaluar la situación con rapidez y seguridad.
- Solicitar la ayuda adecuada (llamar al 112) si fuera necesario.
- Proteger de posibles peligros a los heridos, a sí mismo, y a otras personas presentes en el lugar de los hechos.
- Identificar, dentro de lo posible, la lesión o la naturaleza de la enfermedad que afecta al deportista.
- Aplicar un tratamiento básico, precoz y apropiado a cada víctima, de acuerdo con sus conocimientos, empezando por las situaciones más graves.
- Si se necesita ayuda médica, permanecer al lado de la víctima hasta que llegue el auxilio solicitado.
- Informar de sus observaciones a quienes se hagan cargo del deportista accidentado y colaborar con ellos si fuera requerido.
- Prevenir hasta donde sea posible las complicaciones, daños, riesgos y lesiones, tanto de deportista accidentado, como de uno mismo.

5.1. Límites de actuación en primeros auxilios

Las siguientes preguntas resumen algunas de las preocupaciones que como técnico deportivo puedes hacerte a la hora de actuar y de limitar tus funciones profesionales:

- **¿Qué ocurriría si al atender a un accidentado agravo su situación?**
- **¿Qué responsabilidad asumo si el resultado de mi actuación es desfavorable?**
- **¿Qué ocurriría si algún deportista fallece al trasladarle?**

El técnico deportivo debería conocer algunos aspectos relevantes del Código Civil y Penal respecto a su actuación. El Código Civil recoge las reglas básicas de convivencia de la sociedad por las cuales una persona debe actuar como "persona adulta, responsable y madura".

Según estas circunstancias el auxiliador debe:

- No cambiar de lugar a la víctima, excepto si la vida corre peligro.
- Si la víctima está consciente pedir su autorización para atenderla.
- Revisar si existe alguna causa que amenace la vida de la víctima.
- Llamar al Servicio de Urgencias (112) y continuar asistiendo a la víctima hasta que llegue la asistencia especializada.

Desde el Código Penal, en un delito es necesario distinguir "dolo" o imprudencia:

- Actuar con "**dolo**" se refiere a aquella persona que sabe lo que hace y además quiere hacerlo, conoce el significado de su acción y de los elementos del delito. Hay conciencia y voluntad de realizar el delito. Son delitos dolosos todos aquellos que el código penal no castiga como imprudentes.
- La **imprudencia**, por el contrario, consiste en omitir voluntariamente el cuidado necesario para evitar un daño previsible y antijurídico, que se pudo y debió evitarse.

Una vez que una persona comete una **infracción penal**, puede que se le apliquen ciertas circunstancias que aumenten, atenúen o eximan la pena que se le va a imponer:

- Causas que eximen de la responsabilidad criminal (exento).
- Circunstancias atenuantes (rebajan la pena).
- Circunstancias agravantes (aumentan la pena).

A la comisión de un delito, la ley asocia unas consecuencias jurídicas. La pena es la primera y principal consecuencia de la infracción delictiva. Estas penas pueden ser:

- **Privativas de libertad**: prisión, prisión permanente revisable, localización permanente y responsabilidad penal subsidiaria por impago de multa.
- **Privativa de otros derechos**: inhabilitación, trabajos en beneficio de la comunidad, suspensión de empleo o cargo, prohibición a conducir vehículos, etc.
- **Multa**.

Los delitos que con más frecuencia se pueden dar en el ejercicio de la profesión del técnico deportivo son:

1. Omisión del deber de socorro. Está recogido en el art. 195 CP:

"El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado una pena de multa de 3-12 meses". En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno.

Además, el siguiente art. 196 C.P. dice "...el profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo 195 y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio por tiempo de seis a tres años." Esto es especialmente importante en deportes y entornos acuáticos.

El profesional (puede considerarse el técnico deportivo a cargo de deportistas) solo está exento de este delito cuando exista riesgo para la persona que debe socorrer o para terceros.

En muchos casos, La Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial indica en su artículo 51 lo siguiente sobre el auxilio:

"Los usuarios de las vías que se vean implicados en un accidente de tráfico, lo presencien o tengan conocimiento de él, estarán obligados a auxiliar o solicitar auxilio para atender a las víctimas, si las hubiere, prestar su colaboración para evitar mayores peligros o daños, restablecer en la medida de lo posible la seguridad de la circulación y esclarecer los hechos." El Reglamento General de Circulación (Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre), en su artículo 129, abunda en la obligación de auxilio hablando de todo lo anterior expuesto.

2. Imprudencia punible o negligencia (o impericia) profesional: se pueden distinguir, en general, dos tipos fundamentales de imprudencias, las imprudencias graves o menos graves, en función del resultado del delito y las lesiones causadas ya que en los casos de muertes o lesiones graves este tipo de imprudencia obliga a un grado máximo de la pena.

Se distinguen por concepto:

- **Impericia profesional:** ausencia de práctica, habilidad o conocimientos propios para el ejercicio de una profesión. Ej.: fractura de las costillas al aplicar la técnica de RCP.
- **Negligencia profesional:** olvido de las normas técnicas impuestas a profesionales en el ejercicio de su labor profesional. Ej.: no hiperextender el cuello en una persona inconsciente.

Otros:

- **Infracción del secreto profesional:** desvelar información de carácter profesional respecto al resultado o procesos de atención a la víctima.
- **Apropiación indebida:** de objetos o enseres de carácter personal.

Por último y cómo medidas de carácter ético debemos actuar de manera desinteresada e imparcial, guardando el secreto de nuestras actuaciones, no utilizar ni exteriorizar signos de agresividad y cuidar el trato y lenguaje con la víctima y familiares.

6. RESOLUCIÓN DEL CASO DEL ATROPELLO

1. ¿El conductor del camión tenía la obligación de detenerse y avisar a los servicios de emergencia?

Según el Código Penal vigente, el conductor del camión estaba obligado a detenerse y auxiliar al ciclista como causante del accidente (artículo 195) constituyendo un delito de omisión de socorro castigado con pena de multa de tres a doce meses. Igualmente, estaba obligado a llamar al 112 para solicitar auxilio.

2. Aunque no tenían formación en primeros auxilios, ¿deberían legalmente los ciclistas haber socorrido al compañero? ¿se les podría acusar de algún delito?

En ocasiones, el miedo hace a los auxiliadores no actuar para no agravar los problemas, pero desde una posición moral y ética, los ciclistas por lo menos deben avisar a los servicios de urgencia. El derecho a la vida está por encima de cualquier otro derecho. Incluso, en una hipotética situación en que la ley no obligara, la moral y la ética imponen siempre la obligación de ayudar, siempre que no esté en serio peligro la propia vida.

Además, si hubiera sido un profesional sanitario, su pena sería mayor, porque cometería un delito de denegación de auxilio. Nunca se puede pasar de largo de un accidente que hemos presenciado, sin pedir ayuda o auxiliar a la víctima, salvo que ya esté siendo adecuadamente atendida. Además en el caso de profesionales sanitarios, pueden existir consecuencias punibles de posibles malas actuaciones en su atención (impericia profesional) como por ejemplo agravar las fracturas y causar complicaciones como lesiones nerviosas al manipular al accidentado.

3. Valora si sus compañeros hicieron todo lo posible por atender al triatleta y si su manera de proceder fue adecuada desde la perspectiva de la atención al deportista.

La falta de ubicación o mala ubicación del accidente hizo que la ayuda tardase algo más de lo normal. Debemos valorar las circunstancias de la llamada, y si los nervios o la explicación del lugar no fue el exacto al 112.

Además, si el ciclista estaba en medio de la carretera, deberían haberlo movilizado para no correr peligro de nuevo atropello, aunque hubieran señalizado bien el accidente. Hubiera sido importante buscar alguna prenda para cubrirle y así evitar la hipotermia.

Todos estos matices serán tratados más tarde en el libro la conducta PAS.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Barroeta, J. y Boada, N. (Coords) (2011). *Los servicios de emergencia y urgencias médicas extra hospitalarias en España*. Madrid, España: MENSOR. Disponible aquí: https://www.madrid.es/Unidades-Descentralizadas/Emergencias/Samur-PCivil/Samur/ApartadosSecciones/10_DescargasPublicacionesWebsInteres/Ficheros/Los_SEM_en_Espana.pdf
- Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Extremadura (2015). *Planes de emergencia y autoprotección*. Disponible aquí: <http://ssprl.gobex.es/ssprl/web/guest/planes-de-emergencia-y-autoproteccion>
- García, J. (8 de abril de 2020). *Legislación. Límites de la actuación del técnico deportivo en la materia de primeros auxilios*. Disponible aquí: http://www.edvillajunco.es/doc/1_Legislaci%C3%B3n.pdf
- Gobierno de España. Ministerio del Interior (2012). *Guía Técnica para la elaboración de un plan de autoprotección*. Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Disponible aquí: <http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202620/Gu%C3%ADa+t%C3%A9cnica+para+la+elaboraci%C3%B3n+de+un+plan+de+autoprotecci%C3%B3n+%28NIP0+126-12-045-6%29.pdf/260fdf63-67f7-4d13-8c50-11e0732edfb>.
- Gutiérrez, E. y Gómez, J.L. (2012). *Actuación general en primeros auxilios*. Madrid, España: Editex.
- Menchaca, M.A., Huerta, A., Cerdeira, J.C., y Martínez, P. (Coords) (2013). *Manual de Procedimientos de Enfermería y SUMMA 112*. Dirección de Enfermería y Gerencia del 112. Extraído el 4 de Abril de 2016 desde <http://www.madrid.org/bvirtual>.
- López, J. A. *Triage y Enfermería*. Extraído el 30 de Mayo de 2016 desde <http://www.scribd.com/doc/176383/TRIAGE-EN-ENFERMERIA>.
- Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES): Certificado de Técnicos en Urgencias y Emergencias Sanitarias (CTES) Cuerpo Doctrinal. (2003). Extraído de: <https://www.semest.org/home/tecnicos/>

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.



CICLO INICIAL



CENTRO SUPERIOR
DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS

TEMA 9

OTRAS SITUACIONES DE RIESGO VITAL



MARZO 2021
© CESED

TEMA 9. PRESERVAR LA VIDA

Libros:

- Otras situaciones de riesgo vital.
- RCP. Reanimación cardiopulmonar. Soporte vital básico.
- Valora la situación.

TEMA 9

OTRAS SITUACIONES DE RIESGO VITAL

1. INTRODUCCIÓN.....	PÁG. 4
2. ATENCIÓN A DEPORTISTAS CON ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA: SÍNCOPE, COMA, HIPOGLUCEMIA, CONVULSIONES, ETC.....	PÁG. 4
2.1. Lipotimias o síncopes	Pág. 4
2.2. Pérdida de conciencia. Coma.....	Pág. 5
2.3. Convulsiones	Pág. 6
2.4. Hipoglucemia	Pág. 7
3. TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICO (TCE).....	PÁG. 8
4. TRAUMATISMO VÉRTEBRO-MEDULAR	PÁG. 9
5. TRAUMATISMOS TORÁCICO Y ABDOMINAL	PÁG. 10
5.1. Traumatismo torácico	Pág. 10
5.2. Traumatismo abdominal	Pág. 11
6. SHOCK	PÁG. 12
7. CRISIS ASMÁTICA	PÁG. 13
8. BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 14

1. INTRODUCCIÓN

Después de haber repasado la RCP, ahora vamos a abordar situaciones que pueden afectar a los deportistas, catalogadas como emergencias.

En dichas situaciones es especialmente importante reconocer de manera rápida la situación y alertar a los servicios de emergencias cuanto antes.

En esta lección explicaremos los procedimientos que deben seguirse para poder valorar a una persona accidentada con riesgo inminente y los protocolos establecidos para una mejor actuación mientras llega la ayuda especializada.

2. ATENCIÓN A DEPORTISTAS CON ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA: SÍSCOPE, COMA, HIPOGLUCEMIA, CONVULSIONES, ETC

En este apartado podemos incluir varios síndromes que alteran el nivel de alerta y conciencia normal como la lipotimia, el sícope, la crisis convulsiva, el coma y la hipoglucemia; la crisis de histeria y la crisis de ansiedad se verán próximamente.

2.1. Lipotimias o síncope

Alrededor del 20 % de la población adulta ha sufrido un episodio de desmayo en algún momento de su vida. A este síndrome se le suele denominar lipotimia o sícope, según los diferentes autores. Desmayo es el efecto provocado por este síndrome citado.

Este episodio se considera como la pérdida de conciencia **breve, superficial y transitoria**, debida a una disminución brusca del flujo sanguíneo cerebral durante un período de tiempo muy corto y con una recuperación rápida y completa.

Puede generarse por miedo, emociones intensas, largos períodos de ayunas mantenidos (frecuente en personas que no desayunan), visiones desagradables, lugares muy calurosos donde se esté muy abrigado, personas que están mucho tiempo de pie sin poder moverse, ejercicio excesivo o dolor, entre otros. En casi todos los casos el desmayo está relacionado con un mecanismo de defensa de redistribución central del flujo sanguíneo a la cabeza, corazón y pulmones, que preserva la sangre en los órganos vitales, por lo que cae bruscamente la presión arterial y la persona no puede mantenerse en pie.

Debemos sospechar si el accidentado tiene sensación de mareo y se acompaña de:

- **Sensaciones raras** (sonidos lejanos, visión borrosa, hormigueo en manos).
- **Piel pálida, fría y sudorosa** (sobre todo en la cara).
- **Caída al suelo por debilidad en las piernas;** es posible que si buscamos el pulso radial (en la muñeca) no se encuentre o este sea débil, lento e incluso arrítmico.
- **Debilidad muscular:** los músculos están flojos y sin tensión.
- **Náuseas o dolor de estómago.**



La actuación en estos casos dependerá de si el accidentado se va a desmayar o si ya se ha desmayado:

- En el primer caso, lo primero que hay que hacer es sentar o tumbar a la persona boca arriba, elevarle las piernas y aflojarle la ropa que pueda presionarle hasta que se encuentre mejor.
- En el segundo caso, lo primero es pedir ayuda. Tras ello, intentamos abrirle las vías aéreas y comprobamos si respira. Debemos colocar a la persona tumbada boca arriba con las piernas elevadas para favorecer el retorno sanguíneo. En caso de que vomite, colocar al accidentado en la posición lateral de seguridad (PLS). Posteriormente avisar a los servicios de emergencia 112 para su traslado a un centro sanitario.

¿QUÉ HACER ANTE UN DESMAYO?

1. *Valorar el ABC.*
2. *No incorporar al paciente. Mantenerlo tumbado con las piernas elevadas.*
3. *Aflojar la ropa que pueda estar oprimiendo a la persona (en el cuello, la cintura, etc.)*
4. *Procurar que el sitio esté aireado y sin aglomeraciones.*
5. *Si vomita, colocar al paciente en posición lateral de seguridad (PLS).*
6. *Vigilar hasta recuperación.*

Tabla 1. Actuación ante un desmayo

Algunos autores distinguen el síncope de la lipotimia, porque en la lipotimia no suele producirse pérdida de conciencia y en el síncope, aunque corta, sí se produce. El término **síncope** es más utilizado en medicina y hace referencia a la pérdida de conocimiento brusca de la que el paciente se recupera espontáneamente, pero que suele acontecer en personas con alguna enfermedad o como primera manifestación de ella.

Las causas más habituales suelen obedecer a problemas de origen cardiaco, neurológico, psicógeno, etc. También puede ser resultado de arritmias cardíacas, problemas neurológicos, etc.

2.2. Pérdida de conciencia. Coma

PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO



Se trata de una situación general en la que una persona pierde la conciencia de forma severa, profunda y prolongada, no teniendo ninguna respuesta a órdenes verbales ni estímulos dolorosos y con anulación de los reflejos protectores (tos y deglución), pero conservando el pulso y la respiración.

Existe una serie de causas que lo pueden producir, tales como:

- Traumatismo en cabeza: caídas o golpes violentos en la cabeza, habituales en algunos deportes.
- Bajo nivel de azúcar en sangre (hipoglucemia).
- Ingestión de tóxicos (alcohol, drogas o medicamentos).
- Problemas a nivel cerebral (ictus, meningitis, convulsiones).
- Falta de oxígeno en el cerebro, patologías derivadas del calor o del frío extremo, etc.

En el tema anterior ya se presentó la valoración del nivel de conciencia, utilizando la escala de Glasgow.

¿QUÉ HACER ANTE UNA PÉRDIDA DE CONSCIENCIA?

1. Si la persona siente que se va a marear:

- Tumbarla en posición horizontal con las piernas elevadas.
- Aflojar la ropa que pueda oprimirla (en el cuello, la cintura, etc.).

2. Si la persona ya se ha desmayado, además de las medidas anteriores:

- Maniobra frente-mentón para mantener vía aérea permeable.
- Si hay ausencia de constante vitales, iniciar RCP y pedir ayuda.
- Si se trata de un coma, poner en posición lateral de seguridad (PLS). Si no hay sospechas de lesión cervical pedir ayuda, asegurar constantes vitales y procurar un rápido traslado.

3. Todos los casos requieren revisión médica.

Tabla 2. Actuación ante una pérdida de conciencia

2.3. Convulsiones

CRISIS CONVULSIVAS



Es una situación donde se producen contracciones bruscas, involuntarias, repetidas y anormales de los músculos, provocadas por estímulos cerebrales anormales. Se suele provocar gran tono muscular y pérdida de conciencia. La causa más habitual es la epilepsia, pero puede darse por otras razones como lesiones en la cabeza, enfermedades cerebrales, fiebre, hipoglucemias, ingesta de tóxicos, etc.

Las etapas de una crisis convulsiva suelen ser:

1. **Fase de sensaciones premonitorias de la crisis o auras:** estas sensaciones son muy variadas: movimientos de masticación, alucinaciones olfatorias o visuales y, a veces, gritos antes de caer al suelo, entre otras.
2. **Fase de crisis o ataque:** en la que se da una pérdida brusca de conciencia con caída al suelo; primero con convulsión tónica (casi 60 segundos de duración) en la que se da rigidez muscular y cianosis de labios y cara, y posteriormente con convulsión clónica, que dura de 2 a 4 minutos, en la que se producen sacudidas musculares desordenadas, mordedura de lengua, espuma por la boca (hipersalivación) y pérdida de orina.
3. **Periodo postcrisis:** que puede durar entre media hora y dos horas. El paciente está confuso y desorientado, no recuerda lo sucedido y tiene tendencia al sueño.

¿Cómo actuar ante una crisis convulsiva?

- No sujetar ni inmovilizar a la persona.
- Apartar los objetos peligrosos de alrededor.
- Rodear al paciente con mantas, cojines o prendas.
- Aflojar las ropas.

- Si da tiempo utilizar una cánula de Guedell para preservar la vía aérea en las primeras fases.
- No intentar introducir nada en la boca, si ya existe contractura mandibular.
- En el periodo postcrítico, poner al paciente en posición lateral de seguridad y no ignorar posibles lesiones.

En los niños, las convulsiones suelen derivarse de un aumento de la temperatura corporal por catarros, infecciones... Se llaman también convulsiones febris y se deben a una respuesta del cerebro ante la elevada temperatura. Los síntomas son similares a los de los adultos y suelen ir acompañadas de fiebre.

Este cuadro no es nada frecuente en el ámbito deportivo a no ser por un traumatismo en la cabeza, pero podría ocurrir en ambientes calurosos o cuando el deportista va a entrenar con fiebre.

2.4. Hipoglucemia

DESMAYO DIABÉTICO



La **hipoglucemia** es la disminución de la glucosa (azúcar) en sangre por debajo de 60 mg/dl. Los síntomas iniciales son: temblor, sudor frío, palpitaciones y hambre. Posteriormente pueden aparecer cefalea, somnolencia, irritabilidad, agresividad, cambios de carácter, confusión, visión borrosa, convulsiones y, finalmente, el coma. Ante cualquiera de los síntomas descritos, se deberán seguir las siguientes indicaciones:

Si la persona está consciente:

- Comer o beber alimentos con 10-15 g de azúcares de absorción rápida: dos terrones de azúcar o medio vaso (100 ml.) de zumo de frutas, refresco azucarado sin alcohol, 3-4 galletas, 1 cucharada sopera de miel, etc.
- A los 10-15 minutos, si persisten los síntomas, repetir la toma anterior.
- Después, si se recupera, administrar una ración de azúcares de absorción lenta: 20 gr de pan, dos yogures naturales o una pieza de fruta.

Si la persona está inconsciente:

- Llamar a los servicios médicos 112/061.
- Valorar la respiración.
- No dar alimentos sólidos ni líquidos por la boca.
- Si se está familiarizado y se dispone de ello, administrar inmediatamente glucagón (intramuscular o subcutáneo). La administración de glucagón no implica ningún riesgo. Esta administración generalmente es conocida por la familia del deportista si ya es diabético.
- Si no se dispone de esta medicación y el paciente está inconsciente, se puede untar miel o mermelada en las encías y en la cara interna de los carrillos de la cara. Los azúcares que contienen se absorberán lentamente mientras llega la ayuda sanitaria.

Como medida preventiva es interesante atender estas recomendaciones cuando un deportista es diabético:

RECOMENDACIONES PARA LOS CUIDADORES DE PERSONAS DIABÉTICAS

- *Controlar los síntomas de la hipoglucemia, si el diabético va a realizar actividad física.*
- *Inyectar la insulina en zonas alejadas de los grupos musculares que van a trabajar, para evitar su rápida movilización.*
- *Realizar una actividad física no habitual o aumentar la duración o intensidad de un ejercicio físico habitual puede desembocar en una hipoglucemia.*
- *El diabético debe tener siempre a mano alimentos para comer en casa, en clase, o el trabajo en caso de necesidad.*

Tabla 3. Cuidados especiales a la hora de entrenar o hacer ejercicio para un diabético

3. TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICO (TCE)

TRAUMATISMO CRANEO Y DE COLUMNA



Todos estos síntomas pueden aparecer en el momento o incluso pasadas algunas horas, y algunos revisten gravedad y necesidad de traslado a un centro hospitalario.

Si un deportista o accidentado ha sufrido un golpe en la cabeza y como consecuencia pierde el conocimiento, aunque sea de forma momentánea, debe ser valorado en un hospital y se ha de sospechar de lesión en el cuello mientras no se demuestre lo contrario.

¿QUÉ HACER ANTE UN TRAUMATISMO CRANEAL?

1. *Valorar el ABC.*
2. *Valorar el estado de conciencia según la escala:*
 - A (alerta).
 - V (respuesta verbal).
 - D (respuesta al dolor).
 - N (no responde).
3. *Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y controlar el cuello.*
4. *Situar a la víctima en decúbito supino (tumbado boca arriba) con elevación de la cabecera 30°.*
5. *Control de heridas, hemorragias...*

Tabla 4. Actuación ante un TCE con pérdida de conciencia

4. TRAUMATISMO VÉRTEBRO-MEDULAR

Es aquel traumatismo que afecta a la columna vertebral, a la médula espinal o a ambas. Los traumatismos craneo-encefálicos también pueden afectar la médula sin que haya lesiones en los huesos que la recubren, es decir, en la columna vertebral.

Este tipo de traumatismos son muy graves, ya que pueden afectar al movimiento o a la sensibilidad por debajo del lugar donde se ha producido la lesión, pudiendo provocar paraplejia, tetraplejia y hasta la muerte del paciente por afectación de centros nerviosos centrales.

El conocimiento del mecanismo de la lesión nos llevará a intuir la zona de la columna con la posible lesión, así como el método óptimo para su movilización e inmovilización.

Las causas de estos traumatismos son muy diversas: accidentes de tráfico con vuelco, sobre todo de motos, accidentes laborales, accidentes deportivos, caídas desde altura, zambullidas de cabeza en aguas poco profundas...

Los mecanismos de lesión más comunes obedecen a la flexión forzada con rotación de la columna, extensión excesiva de ésta, o compresión con estallido de la vértebra, en cuyo caso es frecuente la afectación medular.

Los posibles **signos y síntomas de una lesión medular** son:

- Trastornos de la respiración en lesiones altas de columna: cervical o torácica.
- Tetraplejia o ausencia de movimiento voluntarios en los miembros que se correlaciona con lesiones a nivel cervical.
- Paraplejia debida a lesiones dorsales bajas o lumbares.

- Hormigueos o falta de sensibilidad en miembros superiores (cervical) o inferiores (lumbar)
- Falta de reflejos y pérdida de control de esfínteres con pérdida de orina y heces.

En todo paciente que presente un traumatismo de columna vertebral, habrá que sospechar y se tendrá que manejar como si tuviera una lesión medular, hasta que se demuestre lo contrario.

¿QUÉ HACER ANTE UN TRAUMATISMO DE ESPALDA?

1. *Valorar el ABC con control del cuello, manteniéndolo alineado con la cabeza y el tronco.*
 2. *Llamar al 112:*
 3. *En principio, no mover NUNCA al paciente, sobre todo si estamos solos, salvo en casos de riesgo para la vida de este.*
 4. *Si el paciente se encuentra boca abajo, movilizarlo en bloque, teniendo en cuenta las consideraciones de movilización e inmovilización de pacientes.*
-

Tabla 5. Actuación ante un traumatismo en la columna vertebral

5. TRAUMATISMOS TORÁCICO Y ABDOMINAL

5.1. Traumatismo torácico

HERIDA EN EL TÓRAX



En general, los traumatismos torácicos tienen baja mortalidad cuando se producen aislados, pero si se asocian a traumatismos cráneo-encefálicos (TCE) o abdominales el riesgo de muerte se eleva.

Entre las causas más habituales están los accidentes de tráfico, la precipitación al vacío, las heridas por arma blanca o de fuego, etc. Su importancia radica en la posibilidad de llevar al accidentado a una disminución de oxígeno en los órganos por la insuficiencia respiratoria, con o sin obstrucción de la vía aérea, por la pérdida de sangre y por lesión pulmonar.

En el ámbito deportivo suelen tener asociadas impactos a alta velocidad (patines, bicicletas, motocicletas, etc.), impactos con rocas o piedras en el medio natural o caídas desde alturas.

TIPOS DE LESIONES EN LOS TRAUMATISMOS TORÁCICOS

- *Fracturas de esternón, costillas o clavícula.*
 - *Lesión hepática o de bazo por proximidad a las últimas costillas.*
 - *Lesiones pulmonares con comunicación de la cavidad pleural con el exterior, o con aire en el espacio pleural sin que tenga vía de salida quedando a tensión, o con sangre en el espacio pleural.*
-

- *Rotura de laringe: ronquera y respiración.*
- *Rotura de la arteria aorta: hemorragia contenida.*
- *Traumatismo cardíaco no penetrante, o penetrante con hemorragia masiva y muerte inmediata.*
- *Lesiones de esófago y diafragma.*

¿QUÉ HACER ANTE UN TRAUMATISMO TORÁCICO?

1. *Tranquilizar al paciente.*
2. *Control permanente de la permeabilidad de la vía aérea.*
3. *Control de hemorragias.*
4. *Colocar al paciente semisentado con elevación de 30º-45º de la cabecera (si el resto de lesiones lo permiten), o en decúbito lateral sobre el lado afectado.*
5. *En traumatismos abiertos, ocluir la herida con apósitos estériles, fijando solo tres de sus bordes.*
6. *Si hay objetos clavados, fijarlos para que no se desplacen y nunca retirarlos.*
7. *Procurar un rápido traslado por el servicio de emergencias.*

Tabla 6. Actuación ante un traumatismo torácico

5.2. Traumatismo abdominal

HERIDA EN EL ABDOMEN



Generalmente se producen en accidentados politraumatizados con lesiones repartidas por otras regiones anatómicas. Los traumatismos abdominales aislados son más raros y propios de violencia social y la inseguridad ciudadana aunque a veces frecuentes en deportes de contacto por patadas.

El abdomen es una cavidad cerrada que contiene diversos órganos, unos de consistencia sólida como el hígado y otros huecos como el estómago. Las lesiones afectan indistintamente tanto a los órganos sólidos como a los órganos huecos.

TIPOS DE LESIONES EN LOS TRAUMATISMOS ABDOMINALES

- *Afectación de vísceras sólidas y sus vasos. Hay hemorragia y signos de shock.*
- *Afectación de vísceras huecas. Dolor repentino con defensa abdominal (la tripa se pone dura).*
- *Lesiones sobre la pared posterior del abdomen (región lumbar). Pueden presentar sangre en la orina con ganas imperiosas de orinar y dolor al hacerlo (disuria).*

¿QUÉ HACER ANTE UN TRAUMATISMO ABDOMINAL?

1. *Tranquilizar al paciente.*
2. *En heridas abiertas, taponar la herida y si hay salida de vísceras cubrirlas con un paño húmedo, gasas mojadas con suero fisiológico, preferiblemente.*
3. *Traslado en posición de cíbito supino y con las piernas flexionadas.*
4. *Herida abierta con evisceración (salida de órganos): no reintroducir las vísceras.*
5. *Si hay objetos clavados, no retirarlos nunca, y evitar que se muevan.*

Tabla 7. Actuación ante un traumatismo abdominal

6. SHOCK

Llamamos shock a la situación que se define por la incapacidad para proporcionar una perfusión suficiente de sangre oxigenada y sustratos a los tejidos para satisfacer las demandas metabólicas, ya sea por pérdida de la capacidad de bombeo del corazón o por mala distribución de la sangre y oxígeno en el sistema arterial.

Existen varios tipos de shock:

- El **shock hipovolémico** está causado por la pérdida importante y anormal de sangre, plasma o líquidos orgánicos como en el caso de hemorragias internas o externas.
- El **shock cardiogénico** tiene lugar cuando el latido cardíaco es débil o ineficiente (se da una disminución del volumen por minuto) como en el caso de angina de pecho o arritmias cardíacas.
- El **shock neurogénico** se produce por una vasodilatación anormal y difusa de los vasos sanguíneos como consecuencia de un traumatismo craneal, una lesión medular, una hemorragia cerebral, sustancias tóxicas, etc.
- El **shock séptico** está causado por una vasodilatación conseciente a una reacción contra las endotoxinas producidas por los microorganismos que ocasionan infecciones bacterianas cuyo principal síntoma es la fiebre.
- El **shock anafiláctico** es una alteración brusca debida a una reacción antígeno anticuerpo por la causa que sea: fármacos, alimentos, venenos... (reacción alérgica).

Multitud de causas pueden generar este cuadro, pero los más frecuentes en el ámbito deportivo serán traumatismos y sus hemorragias relacionadas.

Ya sabemos que durante la valoración del deportista es muy importante la detección precoz de signos sugerentes de shock (deficiente llegada de sangre a los tejidos). Son comunes a casi todas las situaciones:

- Palidez.
- Sudoración.
- Frialdad cutánea.
- Disminución del nivel de consciencia.



La actuación general en estas situaciones será:

- En situaciones de shock debemos asegurarnos de que la persona respire y esté ventilada y avisar cuanto antes a los servicios médicos 112. En el caso de que sufra una hemorragia, hay que taponarla.
- Si no sospechamos de lesiones graves en el cuerpo elevaremos las piernas unos 25 centímetros para mejorar la oxigenación cerebral.
- También debemos evitar la pérdida de calor, para reducir el consumo de energía orientándola a los órganos vitales, abrigando al paciente o proporcionando mantas térmicas.

7. CRISIS ASMÁTICA

CRISIS ASMÁTICA



Aprender a reconocer las señales de que el asma empeora, tanto el propio afectado como su entorno, puede ayudar a iniciar el tratamiento de manera precoz y ahorrar complicaciones y gran malestar.

Antes de entrenar, cualquier deportista asmático debería estar bien controlado, no debería estar teniendo muchas crisis asmáticas en reposo. Si toma broncodilatadores no debe olvidarse de tomarlos y llevar siempre broncodilatadores de acción rápida incluso durante los entrenamientos. Hay deportistas que necesitan tomar el medicamento de rescate justo antes de hacer ejercicio físico para prevenir las crisis asmáticas.

En ocasiones es posible que se añadan algunas estrategias de entrenamiento como:

- Cambiar los entrenamientos al aire libre cuando los índices de polen o de moho sean altos.
- Llevar bufanda o pasamontañas cuando entrene en exteriores en invierno.
- Dedicar suficiente tiempo a unos buenos ejercicios de calentamiento y de enfriamiento.

Ante esta situación, el deportista debe consultar al médico:

- El deportista **se despierta por la noche con tos y dificultad para respirar** (con "pitos" o sibilancias).
- Otra señal que debe alarmar al deportista que se toma mediciones domicilia-rias de **flujo espiratorio máximo** es cuando este **disminuye más de un 25%** respecto a su nivel habitual.
- Dentro de los posibles **desencadenantes del asma** están las infecciones res-piratorias. Un **resfriado** o una gripe pueden derivar en un ataque de asma y complicar los síntomas asmáticos.
- El deportista se encuentra con **tos, disnea u opresión torácica** que le hace cesar su actividad deportiva.

No obstante, siempre es recomendable si la situación no mejora solicitar asistencia de los servicios de emergencias 112.

¿Cómo se puede ayudar a una persona con un ataque de asma, mientras no llega la atención sanitaria?

- La persona debe permanecer sentada de manera que pueda apoyar las manos en algún lugar que le permita mejorar la respiración ayudándose con la musculatura del tórax.
- Situarla en un lugar fresco y ventilado, y administrarle varias inhalaciones seguidas si el deportista lleva encima un inhalador.
- Pedirle que se tranquilice y realice respiraciones profundas por la nariz
- Si el deportista empeora y pierde la conciencia será necesario valorar las maniobras de RCP.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agreda, V. S. (2005). *Anatomía topográfica y actuación de urgencia*. Barcelona, España: Paidotribo.
- Barrera, J. (2005). *Prevención de Riesgos en las Actividades Físicas*. Málaga, España: Instituto Andaluz del Deporte. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía.
- Cruz Roja Española. (2008). *Formación en socorros. Socorrismo y Primeros Auxilios*. Madrid, España: El País Aguilar.
- Flegel, M. (2008). *Sport First Aid. A coach's guide to the care and prevention of athletic injuries*. Champaign, IL.: Human Kinetics.
- Gutiérrez, E. y Gómez, J.L. (2012). *Actuación general en primeros auxilios*. Madrid, España: Editex
- Jiménez, L. y Montero F.J. (2010). *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. Barcelona, España: Elsevier.
- Noguer, M. y Balcells, A. (2005). *Exploración clínica práctica*. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Primeros Auxilios. FREMAP. Extraído de http://www.uco.es/organiza/departamentos/quimica-inorganica-ingenieria/images/Departamento_QI_IQ/actividades_formacion_mejora/cursos_formacion/06_Guia_Primeros_Auxilios_Fremap.pdf
- Universidad de La Rioja (2017). *Manual de Primeros Auxilios*. Recuperado de: https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf
- Zubeldia, J.M. y cols. (2015) *Libro de la Enfermedades alérgicas*. España: Fundación BBVA. Disponible aquí: <http://www.alergiafbvva.es>



RCP: Reanimación Cardiopulmonar. Soporte vital básico.

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csd.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148949)

Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06

Libro: RCP: Reanimación Cardiopulmonar. Soporte vital básico.

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano

Día: lunes, 2 de junio de 2025, 16:37

Descripción

Contenidos sobre el proceso que genera una PCR y la actuación adecuada a prestar

Tabla de contenidos

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. RELEVANCIA DE LAS PARADAS CARDIORESPIRATORIAS**
- 3. PRIMERA FASE: CADENA DE SUPERVIVENCIA. VALORACIÓN INICIAL DE LA PERSONA ACCIDENTADA INCONSCIENTE**
- 4. SEGUNDA FASE: SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL ADULTO (RCP BÁSICA)**
- 5. TERCERA FASE: SOPORTE VITAL AVANZADO. DESFIBRILACIÓN EXTERNA SEMIAUTOMÁTICA**
 - 5.1. Secuencia de uso de un DESA
- 6. OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS EN LA PERSONA ADULTA**
 - 6.1. Signos de ahogamiento y atragantamiento
 - 6.2. Ahogamiento. Obstrucción de vías aéreas
 - 6.3. Atragantamiento. Obstrucción de vías aéreas
 - 6.4. Desobstrucción de la vía aérea: Maniobras de Heimlich
- 7. FINALIZACIÓN Y CONTRAINDICACIONES DE LA RCP**
- 8. REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR PEDIÁTRICA**
 - 8.1. La RCP Básica pediátrica
- 9. RCP AHOGADOS**
- 10. RCP EN EMBARAZADAS**
 - 10.1. Posición de la embarazada en la RCP
 - 10.2. Desobstrucción de la vía aérea
 - 10.3. Masaje cardíaco externo (MCE)
 - 10.4. Desfibrilación-monitorización
- 11. RCP EN CASO DE SOSPECHA DE COVID-19**
- 12. ACTUALIZACIONES RCP-SVB SEGÚN ORGANISMOS INTERNACIONALES. PRINCIPALES NOVEDADES**
- 13. ALGORITMO RESUMEN DEL TEMA**
- 14. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

En este libro se exponen las recomendaciones del **ERC** (Consejo Europeo de Resucitación) que por el consenso de su Comité Ejecutivo, son las intervenciones más efectivas y fáciles de aprender, aplicables para la práctica de las técnicas de RCP en Europa.

Dichas recomendaciones provienen de la Conferencia de Consenso Internacional sobre Reanimación Cardiopulmonar y Cuidados Cardiovasculares de Emergencia, elaboradas para 2010 y publicadas simultáneamente en un artículo del *Resuscitation*, por el Comité Coordinador Internacional de Reanimación (ILCOR).

El concepto Soporte Vital Básico (SVB) es más amplio que el de Resucitación Cardio-Pulmonar Básica (RCP básica), ya que además de las maniobras de RCP incluye los siguientes aspectos:

- La **prevención del paro cardíaco y respiratorio**, mediante el reconocimiento precoz y la activación del sistema de emergencias sanitarias.
- Las **actuaciones iniciales que deben realizarse en las situaciones de emergencias sanitarias**.
- La actuación rápida por medio de la **apertura de la vía aérea y la posición de decúbito lateral de seguridad**.
- Los programas educativos para la difusión del SVB a toda la población.
- La posibilidad de sobrevivir a una parada cardiorrespiratoria (PCR) depende de una adecuada e inmediata actuación inicial en el lugar donde ha acontecido, mediante la RCP básica y un tratamiento especializado precoz a través de la RCP avanzada.

Por tanto, para que las maniobras de RCP sean eficaces han de producirse cuatro acciones o fases, las cuales se conocen como **cadena de supervivencia**:

- Reconocer precozmente la PCR, y siempre que sea posible, la situación que la ha desencadenado, activando inmediatamente el Sistema de Emergencia Sanitario, preferentemente el 112 o el 061.
- Realizar a la víctima la RCP básica de forma inmediata.
- Aplicar desfibrilación lo más rápido posible, si fuera necesario.
- Poner en práctica la RCP avanzada.

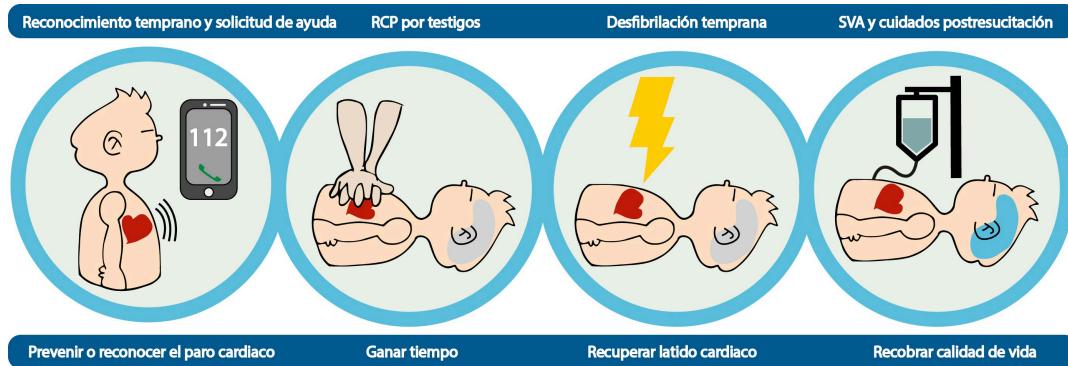


Gráfico 1. Cadena de supervivencia

Cada uno de los eslabones de la cadena de supervivencia tiene importancia por igual, de tal forma que si alguno de ellos no funciona correctamente el proceso se interrumpe, reduciéndose con ello significativamente las posibilidades de recuperación.

2. RELEVANCIA DE LAS PARADAS CARDIORESPIRATORIAS

El conocimiento de las maniobras de Soporte Vital Básico puede evitar que muchas de estas situaciones acaben con la vida de una persona.

La parada cardiaca es un problema de primera magnitud para la salud pública:

- El 80% de las paradas cardíacas inesperadas extrahospitalarias son debidas a enfermedad coronaria.
- El 50% de la mortalidad por enfermedad coronaria se produce como muerte súbita.
- La enfermedad coronaria es la primera causa de mortalidad en España.

Según estudios de mortalidad comunitaria, en nuestro país el 60% de las PCR son eventos presenciados. De ellos, un 75% tienen lugar en domicilios, frente a un 16% que ocurren en espacios públicos.

En una parada cardiaca cada minuto que pasa sin reanimar a la víctima, disminuyen las posibilidades de que la víctima sobreviva.

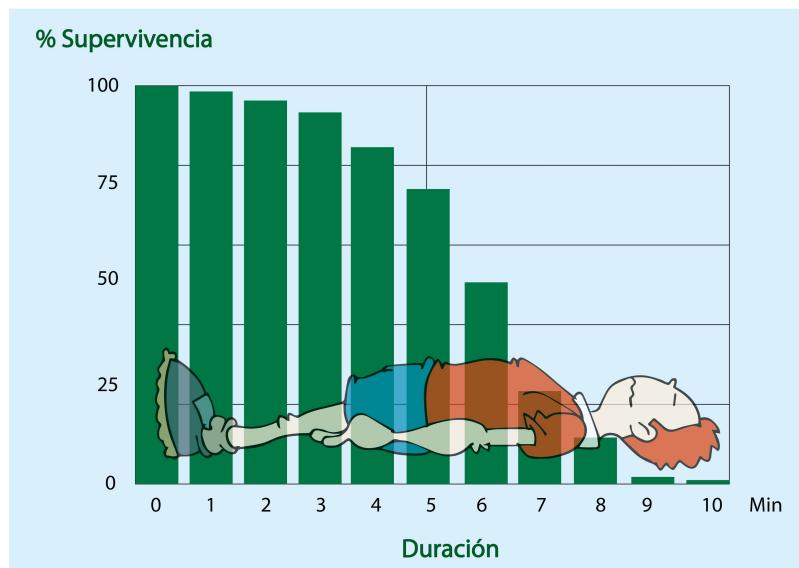


Gráfico 2. Porcentaje de supervivencia del cerebro en función del tiempo de PCR

Pueden ser causas de parada cardiorrespiratoria: traumatismo, electrocución, ahogamiento, asfixia, intoxicación, estrangulación, hipotermia grave, entre otras. Afortunadamente, de estas situaciones muy pocas se desarrollan en el ámbito deportivo, excepto la **muerte súbita**.

Si el paro aparece aislado (no es de traumatismo, de hemorragia, de electrocución, de atragantamiento...), se debe pensar sistemáticamente en una causa cardiaca, una vez se haya conseguido con éxito la reanimación. En estos casos, el mecanismo del paro puede ser:

- **Fibrilación ventricular:** Causa más frecuente, (corazón que late a 300-400 latidos por minuto de manera anárquica).
- **Taquicardia ventricular sin pulso** (corazón que late a 200 latidos por minuto, hasta más): El corazón no late de manera eficaz y ya no cumple su papel de bomba.
- **Asistolia:** El corazón no muestra signos de actividad, ya no late; esto se puede deber a ciertos trastornos de la circulación cardiaca: **Actividad Eléctrica Sin Pulso (AESP)**.
- **Disociación electromecánica:** El corazón tiene una actividad eléctrica normal, pero no bombea, por ejemplo está comprimido por un hematoma, o bien a causa de un shock hipovolémico donde la bomba cardiaca se ralentiza.

3. PRIMERA FASE: CADENA DE SUPERVIVENCIA. VALORACIÓN INICIAL DE LA PERSONA ACCIDENTADA INCONSCIENTE

A continuación te presentamos el orden que un auxiliador debe seguir en la práctica para valorar a un accidentado:

1. CONSCIENCIA. Comprobar si la víctima está consciente, valorando si el sujeto responde a estímulos, sacudiéndola de forma suave por los hombros y preguntándole con un tono elevado de voz. Recordamos del tema anterior, que se valoraba el nivel de conciencia por la escala de Glasgow y se procederá de la siguiente manera: **¿Está usted bien? ¿Qué le ocurre?**

Si la persona responde, mediante movimientos y/o palabras:

- Se la mantendrá en la misma posición en que se ha hallado, siempre que no suponga un peligro, se comprobará su estado y se solicitará ayuda al 061 o al 112.
- Revisar regularmente su estado.
- Explorar a la víctima por si existiese alguna lesión, en ese caso el auxiliador solicitará ayuda al 061 o al 112, revisando periódicamente por si hubiese algún cambio en su cuadro clínico.

Si la persona no responde, se procederá a estímulos más intensos, incluyendo los estímulos dolorosos; si no se obtiene respuesta alguna, el sujeto se encuentra inconsciente y se procederá de la siguiente forma:

- Solicitar ayuda sin abandonar a la víctima.
- Colocarla en posición de RCP, decúbito supino, sobre una superficie lisa, dura y firme, con los brazos a lo largo del cuerpo.

2. APERTURA VÍA AÉREA. Control de la permeabilidad de las vías aéreas. La vía aérea en una víctima inconsciente se puede obstruir porque, al relajarse la musculatura de la mandíbula, la lengua cae hacia atrás e impide el paso del aire hacia los pulmones, como ya hemos visto anteriormente. Además, la vía aérea puede obstruirse por cuerpos extraños o mecánicos o por la ocupación de agua en un ahogado, como veremos más adelante. Se seguirán los siguientes pasos:

- **Arrodillarse al lado de la víctima.**
- **Apertura de la vía aérea:** Se realiza por medio de la **maniobra frente-mentón**, en la que el reanimador desplaza con una mano la frente hacia atrás, mientras que con los dedos de la otra mano bajo el mentón eleva la mandíbula hacia arriba y adelante; de esta forma se produce la extensión del cuello y la apertura de la boca, y además se eleva la base de la lengua, evitando con este procedimiento que obstruya la vía aérea.
- **Limpieza de la boca.** La limpieza de la boca se ha de realizar manualmente con el dedo en gancho, buscando posibles objetos causa de obstrucción (chicles, caramelos). Así mismo se retirará la dentadura postiza, si existiera. Limpiaremos, además, las secreciones que se hallasen en la boca (vómitos), con la ayuda de gasas, pañuelos, etc.

Si tras la realización de estas maniobras no se consigue una vía aérea permeable, es decir, que permita el paso libre de aire, se ha de sospechar la existencia de uno o más objetos en la garganta y para su expulsión se procederá a la **aplicación de la maniobra de Heimlich**, la cual se expondrá más adelante en el apartado correspondiente a la obstrucción de la vía aérea.

3. VALORACION DE LA RESPIRACIÓN. Ya hablamos de la conducta **VOS (Ver, Oír y Sentir)** para comprobar si la respiración es adecuada.

Ver, oír y sentir son las palabras que deben recordarse para comprobar la existencia de respiración espontánea. La comprobación de la respiración (respira o no respira) debe hacerse en un tiempo máximo de 10 segundos.

Procederemos a actuar de la siguiente manera en función de la situación de la víctima:

- **Si el herido respira con normalidad** y está inconsciente. Colocarlo en posición lateral de seguridad a menos que los movimientos puedan agravar alguna lesión (traumatismos craneales, grandes traumatismos, politraumatizados). En estos casos se movilizará lo menos posible y, en caso necesario, se realizará con control de la columna cervical y movilización en bloque.



Gráfico 3. Posición lateral de seguridad

En el siguiente vídeo se muestra el procedimiento para valorar y colocar a la víctima en posición lateral de seguridad:



01:33

POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD

- Si no respira espontáneamente o solo realiza bocanadas ocasionales o intentos respiratorios muy débiles, que prácticamente no se aprecian, no tose o no se mueve, se asumirá que la víctima se encuentra en PCR, se activará el Sistema de emergencias 061 o el 112, y para ello se enviará a alguna persona que se encuentre en el lugar. Si se está solo y sin teléfono móvil dejar a la víctima para llamar al 061 o al 112, si no mande a alguien en su lugar y comience la RCP de inmediato.
- Sin otras comprobaciones, pasaremos a ejecutar el masaje cardíaco y la ventilación boca a boca. Los reanimadores son reacios frecuentemente a practicar la ventilación boca a boca por una serie de razones, entre las que se incluye el temor a una infección o la aversión al procedimiento. Por estas razones se les debería recomendar que hagan RCP solo con compresiones si no son capaces o no desean dar respiraciones de rescate, aunque la combinación de compresiones torácicas y ventilación es el mejor método de RCP (recomendaciones del European Resuscitation Council-ERC-2005).

4. CIRCULACIÓN O PULSO. Aunque debe tratar de localizarse el pulso, buscar el pulso carotideo es un método inseguro para confirmar la presencia o ausencia de circulación, en casos de paradas cardiorrespiratorias y hace perder tiempo, por lo cual según las últimas recomendaciones de las Asociaciones Cardiacas Internacionales se deben empezar las compresiones torácicas.

A continuación, se expone un cuadro resume las actuaciones principales:

SECUENCIA DE ACTUACIONES



Gráfico 4. Esquema de actuaciones en función de la valoración en un accidentado

La siguiente tabla intenta recoger la relación inmediata entre valoración y actuación:

SITUACIÓN HERIDO	VALORACIÓN	RESULTADO	ACTUACIÓN
Llegada a encontrar a la persona herida	¿Está usted bien? ¿Qué le ocurre? Comprobar nivel de conciencia (Escala de Glasgow)	La persona responde, mediante movimientos y/o palabras Si la persona NO responde, se procederá a estímulos más intensos (dolorosos)	Solicitar ayuda al 061 o al 112 y revisar regularmente su estado Solicitar ayuda sin abandonar a la víctima. Colocarla en posición RCP y paso siguiente: ABRIR VÍA AÉREA
Apertura vía aérea	Presencia de obstrucciones	Vía aérea NO OBSTRUIDA Vía aérea OBSTRUIDA	Maniobra frente-mentón Limpieza de la boca y/o MANIOBRA DE HEIMLICH para conscientes o inconscientes
Respiración (VOS)	Movimientos respiratorios	Si el herido respira con normalidad y está CONSCIENTE Si el herido respira con normalidad y está INCONSCIENTE Si no respira espontáneamente	Tranquilizarle y valorar qué otros problemas pueda tener VALORACIÓN SECUNDARIA Colocarla en posición lateral de seguridad (EXCEPTO GRANDES TRAUMATISMOS CABEZA) Avisar 112/061 y maniobras RCP (Comprensión-ventilación 30:2)
Circulación	Pulsos centrales	El paciente tiene pulso El paciente NO tiene pulso	Ventilación boca a boca y valorar signos vitales Maniobras RCP (Compresiones-ventilación 30:2)

4. SEGUNDA FASE: SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL ADULTO (RCP BÁSICA)

La secuencia de actuaciones encaminadas a identificar a los accidentados con una posible parada cardiaca, alertar a los servicios de emergencia y suplir la respiración y la circulación espontáneas sin usar ningún equipamiento que no sea un sencillo dispositivo barrera (protector) para efectuar la técnica del boca a boca recibe el nombre de **soporte vital básico (SVB)**.

La reanimación cardiopulmonar (RCP) básica o precoz es una de las etapas de la cadena de supervivencia y forma parte del soporte vital básico (SVB).

Llamaremos PCR (parada cardiorrespiratoria) al cese inesperado de la actividad mecánica cardiaca, confirmado por:

- Perdida brusca de conciencia.
- Ausencia de respiración o presencia de boqueadas agónicas.
- Ausencia de signos de vida.

De no ser revertido, conduce en muy pocos minutos a la muerte.

Se trata de poner en marcha un conjunto de pautas estandarizadas de desarrollo secuencial, cuyo fin es sustituir primero, y reinstaurar después, la respiración y la circulación espontáneas. Comprende, pues, unas maniobras que pretenden evitar las consecuencias de la PCR y que permiten:

- Identificar si un adulto o un niño se encuentran en PCR.
- Reemplazar la función respiratoria y circulatoria detenidas.

Los objetivos de la reanimación cardiopulmonar (RCP) son:

- Hacer llegar sangre a todos los órganos vitales, sobre todo al corazón y el cerebro manteniendo así la oxigenación mínima del cerebro y de otros órganos vitales y evitando el daño irreversible producido por la falta de respiración y circulación espontáneas. La sangre se hace circular mediante el masaje cardíaco externo.
- Mantener la ventilación: el aire que espira e insufla el reanimador a la víctima que tiene una concentración de oxígeno entre el 16 y el 18%.
- Restablecer el funcionamiento autónomo de la respiración y de la circulación sanguínea.

Toda la secuencia de la RCP la puedes encontrar en este video:



02:55

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR A UN ADULTO

La máxima efectividad de la RCP se obtiene, en general, cuando se inicia antes de que hayan transcurrido 4 minutos de la PCR, porque a partir de ese tiempo comienza a producirse daño cerebral irreversible. Cuanto más rápido se instauren las maniobras de RCP Básica, más posibilidades existen de qué se recupere sin secuelas.

Las estrategias y maniobras de la RCP Básica comprenden:

1. **Análisis de la situación y control de la vía aérea:** el análisis de situación debe incluir la seguridad del reanimador y de la víctima: no se debe practicar la RCP a un paciente que se encuentre en un incendio, en una vía pública con circulación de vehículos, en un lugar donde existe riesgo de ahogo o electrocución o en cualquier otra circunstancia que suponga un peligro inminente para el reanimador. Es necesario sacarlo de la zona de riesgo previamente.
2. **Detección de la ausencia de conciencia y control de la vía aérea.**
3. **Solicitud de ayuda.**

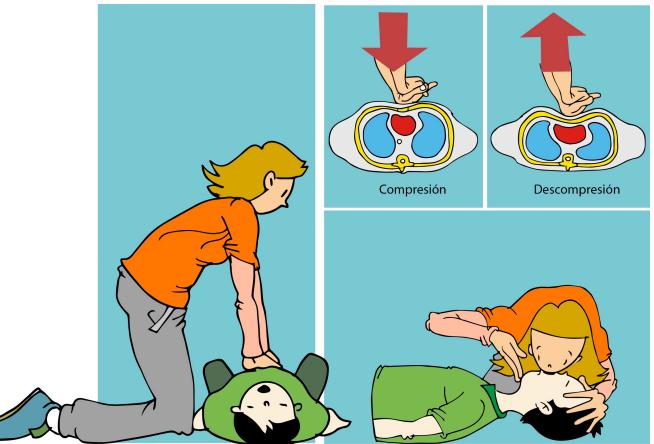
4. Apertura y desobstrucción de la vía aérea.

Una vez valorado al accidentado, debemos buscar o solicitar ayuda a personas próximas, verificar que la respiración está ausente y comenzar las maniobras de compresión torácica.

Masaje cardiaco y ventilación artificial.

Una vez que se ha comprobado que la víctima no respira y se ha alertado al 112, se inician las compresiones torácicas (que son la primera maniobra a realizar, incluso si hay dudas sobre la efectividad de la circulación). En las últimas revisiones del Comité ILCOR se considera que el orden en la actuación -que no de valoración- es **CAB (compresiones, vía aérea y ventilación)**:

1. Para iniciar las **compresiones torácicas** (masaje cardíaco) se coloca a la víctima sobre una **superficie dura, boca arriba**, con la cabeza, el tronco y las extremidades estiradas y alineadas.
2. El lugar de aplicación de las compresiones torácicas, en el adulto, es la línea media del tórax, sobre la mitad inferior del esternón (hueso plano situado en la parte media y anterior del tórax). Esta zona se corresponde aproximadamente **en el centro del pecho**, entre las dos mamas. Se usa el peso del cuerpo para comprimir con la espalda y brazos rectos a la víctima.
3. Se coloca el talón de la mano derecha (izquierda si se es zurdo), y sobre ésta aplicar el talón de la otra, entrelazando los dedos de ambas para evitar aplastar las costillas. No presionar sobre las costillas ni sobre la parte inferior del esternón o del abdomen. Se darán 30 compresiones torácicas e inmediatamente se pasará a realizar **dos respiraciones artificiales**, y para ello se procederá de la siguiente manera:
 - a. Realizar la maniobra de apertura de la vía aérea (**maniobra frente-mentón**).
 - b. Manteniendo esta posición se realiza una inspiración normal, sellando la boca de la víctima con los labios del reanimador de forma firme, al mismo tiempo que se **pinza la nariz con los dedos** índice y pulgar de la mano que se encuentra en la frente abriendo la vía respiratoria.
 - c. Soplar suavemente y a ritmo constante en la boca de la víctima (un segundo aproximadamente), comprobando que se **eleva el pecho**, lo que demuestra que es una ventilación efectiva.
 - d. Manteniendo la **apertura de la vía respiratoria**, se retira el reanimador para permitir que el aire salga, de forma que veamos cómo el pecho de la víctima desciende.
 - e. La eficacia de la ventilación se comprueba por medio de la **observación de los movimientos de la caja torácica** (el pecho). Una insuflación efectiva será aquella que consiga desplazar el tórax hacia arriba sin excesivo trabajo. No es aconsejable aumentar la frecuencia de la ventilación, ni tampoco insuflar mucho volumen de aire, solo el suficiente para elevar el tórax, ya que volúmenes mayores pueden provocar lesiones pulmonares o aumentar la posibilidad de que el paciente expulse el contenido gástrico, etc.
 - f. Si al insuflar el aire se aprecia que no entra bien en los pulmones, no se eleva el pecho, hace ruidos importantes o cuesta excesivo trabajo, la respiración no está siendo efectiva y **se debe verificar que se ha realizado adecuadamente la apertura de la vía aérea por medio de la maniobra frente-mentón**. Volver a examinar la boca y extraer cualquier cuerpo extraño que pudiera existir. Una vez comprobados los dos apartados anteriores, practicar una nueva respiración. Si a pesar de todo, no se consigue elevar el pecho o tórax del paciente, habrá que sospechar que existe una obstrucción de la vía aérea y se procederá, según se explicará en el capítulo 6 del este libro, a aplicar la maniobra de Heimlich. No intentar más de dos veces seguidas la ventilación artificial y pasar directamente al masaje cardíaco.
 - g. Tras dar las dos respiraciones, se continuará con la secuencia de actuación **30 compresiones torácicas/ 2 respiraciones (30:2)**.
 - h. En algunas circunstancias es difícil realizar el boca a boca. En estos casos, realice solo compresiones torácicas a un **ritmo de 100 por minuto**, sin detenerlas.



Estas maniobras no deben detenerse a menos que aparezcan respiraciones espontáneas de la víctima o movimientos voluntarios que hagan sospechar que se ha recuperado. Se continuará con las maniobras de RCP Básica hasta la llegada del equipo de urgencias/emergencias sanitarias u otra ayuda cualificada, o bien no podamos continuar por agotamiento. Si hubiera más de un reanimador, **se aconseja relevarse cada dos minutos**, para prevenir el agotamiento. Cada relevo se realizará lo más rápidamente posible.

En la RCP Básica, aunque concurren varios reanimadores, la secuencia de 30 compresiones y 2 ventilaciones debe realizarla un solo reanimador que irá siendo relevado según su estado de agotamiento. La RCP conjunta con dos reanimadores de forma simultánea (uno dando masaje y otro ventilaciones, alternándose las posiciones) queda restringida a personal sanitario de urgencias y a profesionales no sanitarios, como socorristas acuáticos o técnicos de transporte sanitario.

En muchas ocasiones, el tiempo que transcurre entre la llamada a los servicios de emergencias y la llegada de estos (intervalo de respuesta) es de doce minutos o más. Durante este tiempo la supervivencia de la víctima depende del inicio precoz por los testigos presenciales de los tres primeros eslabones de la cadena de supervivencia.

Un grupo de profesionales médicos participó en un estudio sobre el entrenamiento en las maniobras básicas de RCP, donde se entrenaban escuchando la canción de la película “**Fiebre del Sábado Noche**” “**Stayin’Alive**” mientras hacían las compresiones torácicas. Este estudio realizado en el 2008 por el Dr. David Matlock of the University of Illinois College of Medicine at Peoria confirmó que los participantes que fueron instruidos y entrenados mientras escuchaban la canción, se mantenían cerca del ritmo ideal de 100 compresiones por minuto. No sólo eso, sino que fueron capaces de reproducir la misma frecuencia después de varias semanas. Formaban parte de dicho estudio diez médicos y cinco estudiantes de medicina.

Siguiendo el ritmo de esta música se consiguen alrededor de 103 compresiones por minuto, valor que se encuentra dentro del rango más que aceptable y recomendado por las **últimas guías internacionales de reanimación cardiopulmonar**. Lejos de quedarse en una simple anécdota, las principales organizaciones mundiales en reanimación cardiopulmonar se lo han tomado muy en serio y han publicado sendos videos para educar a la población de cómo debe realizarse adecuadamente el Soporte Vital Básico (SVB) solo con las manos.

La Fundación Británica del Corazón Pocket CPR proporciona información e instrucciones sobre la práctica de SVB solo con las manos. Con esta aplicación gratuita podemos medir la frecuencia y profundidad de nuestras compresiones torácicas a tiempo real.



02:22

APLICACION MÓVIL PARA BUEN RITMO DE COMPRESIONES CARDÍACAS. BRITISH FUNDATION HEART, 2011

Otros dispositivos nos dan un feedback audible de las compresiones y profundidad como podemos ver en el siguiente vídeo de la aplicación CISALI:

https://www.youtube.com/watch?v=bWM3AKULg_A

Beaty - der Herzdruckmassage Assistent für unterwegs

5. TERCERA FASE: SOPORTE VITAL AVANZADO. DESFIBRILACIÓN EXTERNA SEMIAUTOMÁTICA

Los desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) son aparatos técnicamente muy sofisticados y fiables que utilizan mensajes de voz y de texto para guiar a los primeros intervinientes y a los profesionales sanitarios a intentar de manera segura la reanimación en víctimas de paradas cardíacas, utilizando una técnica denominada desfibrilación. En el siguiente vídeo te mostramos como utilizar un desfibrilador en caso de paro cardiaco:



03:02

PRIMEROS AUXILIOS: CÓMO UTILIZAR UN DESFIBRILADOR

En la actualidad, en España, el uso de los DESA no está regulado a nivel estatal. Existen normas específicas en varias Comunidades Autónomas, que cubren de alguna manera este vacío legal. De este modo, Galicia, Navarra, País Vasco, Cataluña, Andalucía, Rioja, Extremadura, Canarias y Baleares ya disponían, en 2009, de decretos que regulaban su uso. Sin embargo, el uso del DESA por personal no sanitario debe seguir las recomendaciones de las sociedades internacionales en esta materia.

La desfibrilación es un eslabón clave en la cadena de supervivencia y es una de las pocas intervenciones que ha demostrado mejorar el resultado de las paradas cardíacas por arritmias precursoras de muerte. Consiste en el paso a través del músculo cardíaco (miocardio) de una corriente eléctrica de suficiente magnitud para lograr que el corazón recupere un ritmo organizado y mecánicamente eficaz.

Todos los profesionales sanitarios, así como los primeros intervinientes y, en un futuro todos los ciudadanos, deberían conocer el uso del DESA como componente integral dentro de su formación en soporte vital básico. La desfibrilación temprana debería estar disponible no solo en los ambientes sanitarios, sino también en áreas públicas con concentración de masas como aeropuertos, estaciones de metro y ferrocarril, grandes almacenes y espacios deportivos y se encontrará debidamente señalizada su presencia.

Existen dos tipos de equipos:

- **Semiautomático (DESA):** es aquel dispositivo que, para liberar la descarga eléctrica y tras recomendar la misma, debe ser el reanimador quien la realice con la presión de un botón.
- **Automático (DEA):** es aquel en el que la descarga se produce sin precisar la intervención del resucitador. La tendencia cada vez mayor es utilizar el primero.



Gráfico 6. Imagen DESA abierto y cerrado

La alta tecnología de los últimos tiempos ha favorecido el desarrollo de estos aparatos, cada vez más perfectos, y con tan alta fiabilidad y seguridad, que son capaces de diagnosticar automáticamente una arritmia durante una parada cardíaca y avisar, con mensajes de voz acompañados de alarma acústica para, en caso necesario, el primer intervintante apriete el botón que dé la primera descarga y, si fuera oportuno, las sucesivas descargas.

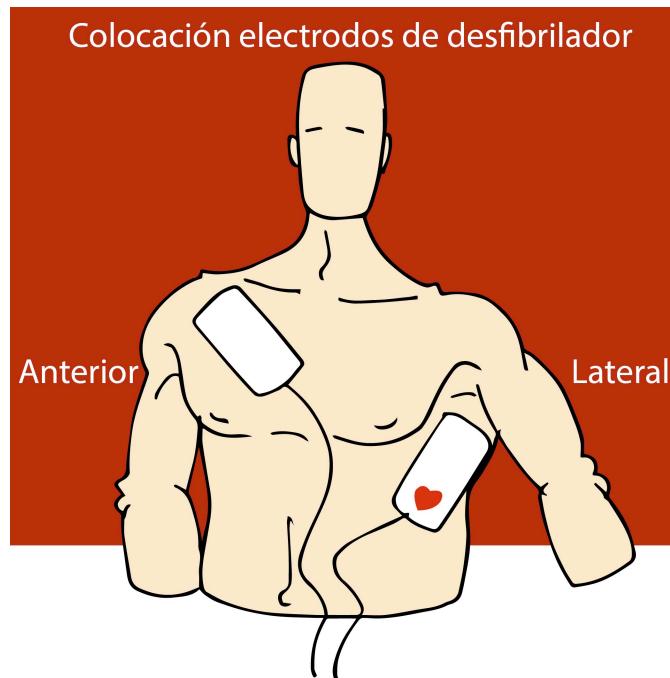
Están dotados también de un dispositivo de grabación y memoria capaz de registrar todo lo sucedido durante su aplicación, lo que nos va a permitir realizar una evaluación posterior a su utilización.

5.1. Secuencia de uso de un DESA

En los casos que la víctima no responde y no está respirando normalmente, grita pidiendo ayuda a otros testigos y pide el **DESA**. La secuencia de uso del DESA es la siguiente:

1. Cerciorarse de que tanto el reanimador como el accidentado y todos los que le rodean están a salvo.
2. Si la víctima no responde ni respira con normalidad, enviar a alguien a por un DESA y a alertar al Servicio de Emergencias Médicas 112/061.
3. Iniciar las maniobras de RCP básica con masaje cardíaco y ventilaciones boca a boca, con una secuencia de 30/2. Tan pronto como llegue el desfibrilador, ¡utilízalo!
4. Abre y coloca los electrodos en el pecho de la víctima, tal y como indica el aparato y el sobre que los contiene.
5. Sigue las instrucciones de los mensajes de voz y de texto del DESA.

Colocación de los electrodos del DESA



El tórax de la víctima debe exponerse totalmente para conseguir una correcta colocación de los parches. El vello del tórax puede impedir la adherencia de los parches e interferir la transmisión eléctrica. Debe colocarse uno de los parches en el tórax a la derecha del esternón, por debajo de la clavícula. El otro se debe colocar a nivel de la línea axilar media izquierda y en posición vertical de su eje más largo. En mujeres debe evitarse su colocación sobre las mamas.

6. Asegúrate de que la víctima no está en contacto con ninguna estructura metálica y que nadie toca, ni mueve, a la víctima mientras el DESA está analizando el ritmo.

Si está indicado dar un choque:

- Asegúrate de que nadie toca a la víctima.
- Pulsa sin perder tiempo el botón de choque.
- Efectúa la RCP durante 2 minutos según las instrucciones de los mensajes de voz y de texto del DESA.
- Despues de los dos minutos el DESA avisará de no tocar al paciente (parar masaje) para que el aparato analice de nuevo el ritmo.

Si no está indicado el choque:

- Reinicia la RCP inmediatamente como indica el aparato.
- Efectúa la RCP durante 2 minutos (30:2).
- Despues de los dos minutos el DESA avisará nuevamente de no tocar al paciente para analizar el ritmo (parar el masaje).
- Continúa siguiendo los mensajes del DESA hasta que:
 - Llegue ayuda cualificada y se haga cargo.
 - La víctima empiece a respirar normalmente.
 - Tú estés agotado.

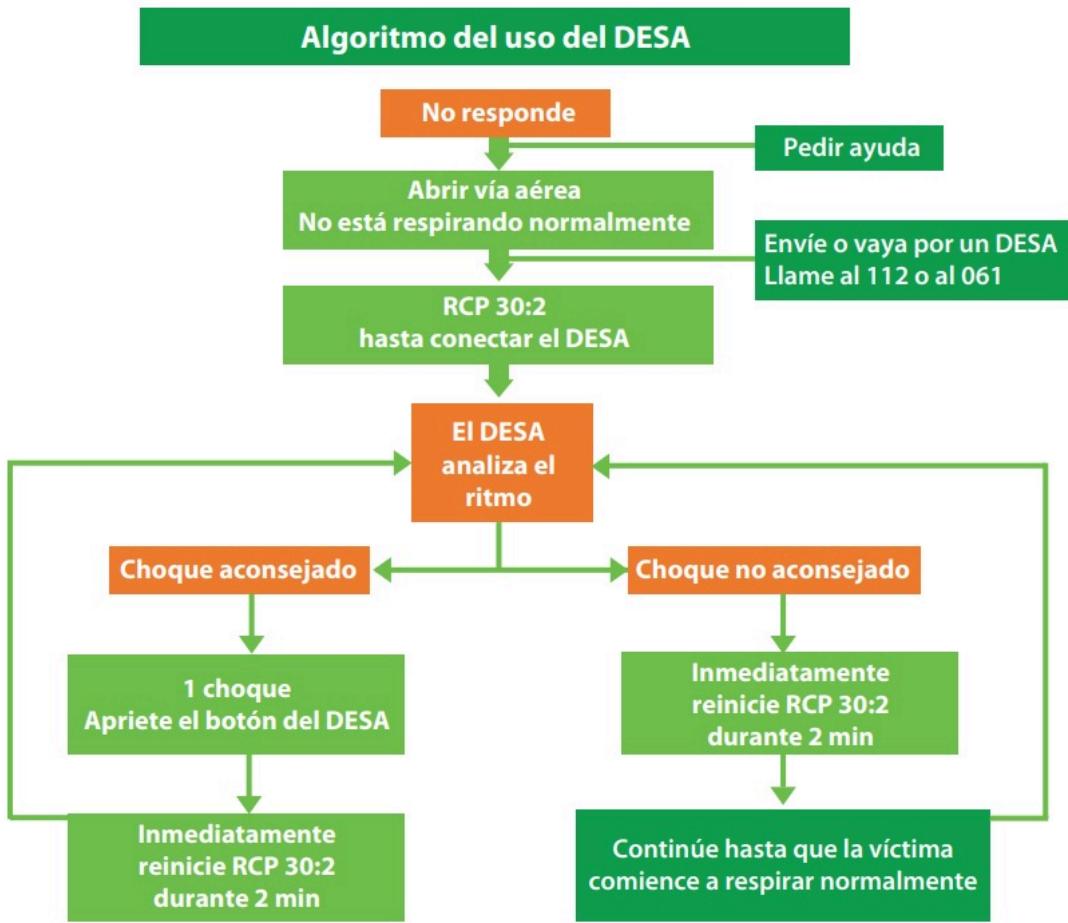


Gráfico 7. Protocolo de uso del DESA en función de la situación

6. OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS EN LA PERSONA ADULTA

Una causa repetida por la que se sucede la PCR es de tipo respiratoria, sobre todo en edades infantiles, y en concreto la ausencia de respiración por **obstrucción de las vías aéreas**.

Por este motivo, es frecuente encontrar en los manuales de RCP un apartado que trate sobre los ahogamientos y atragantamientos, al mismo tiempo que indicaciones para aplicar la maniobra de Heimlich.

6.1. Signos de ahogamiento y atragantamiento

La obstrucción de la vía aérea según el agente que la cause podrá ser por:

- Ocupación de agua de la vía aérea: AHOGAMIENTO.
- Obstrucción por objetos o cuerpos extraños: ATRAGANTAMIENTO.

6.2. Ahogamiento. Obstrucción de vías aéreas

El ahogamiento por asfixia o por inmersión se produce porque un medio líquido obstruye el paso del aire al interior de las vías aéreas. Hay dos clases de ahogamientos:

- **Ahogamiento seco o blanco:** es aquel donde se produce un espasmo de la glotis; al cerrar la laringe, el agua no llega al interior del árbol bronquial. Se conoce también como ahogamiento blanco, por el aspecto pálido de la víctima.
- **Ahogamiento húmedo o azul:** hay aspiración de líquido a los pulmones, por estímulos de la disminución de oxígeno y del aumento de anhídrido carbónico a nivel del centro respiratorio de la inspiración; se denomina ahogamiento azul y representa el auténtico cuadro de asfixia por inmersión.

Las actuaciones serán vistas más adelante en otro epígrafe.

6.3. Atragantamiento. Obstrucción de vías aéreas

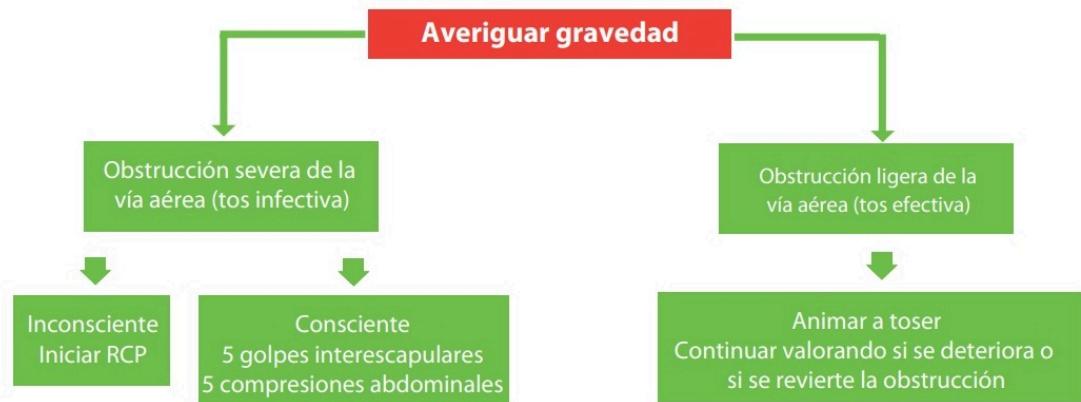
El atragantamiento puede ocurrir por cualquier material que penetre en la vía respiratoria y la obstruya (alimentos, prótesis dental, juguetes, monedas, etc.; en el ámbito deportivo, algún protector bucal usado en boxeo o rugby), impidiendo el paso de aire a los pulmones. Se produce de esta manera una asfixia, de forma que el organismo queda sin oxígeno, con posibilidad de que se produzcan lesiones graves o la muerte en pocos minutos.

Podemos encontrarnos diferentes situaciones, según la conciencia del herido:

A. Víctima consciente:

La gravedad de la obstrucción condicionará las manifestaciones del paciente:

- En la **obstrucción parcial leve** de la vía aérea el signo principal es la tos.
- Si la obstrucción es algo más acusada, la víctima se encontrará inquieta y con **tos enérgica y continua**, pudiendo presentar ruidos respiratorios del tipo de inspiración sibilante (un sonido musical a modo de silbido que se produce cuando la víctima intenta tomar aire).
- Si la **obstrucción parcial es severa**, la tos será débil e inefectiva, aparecerán ruidos respiratorios manifiestos y signos de dificultad respiratoria, coloración azulada de labios y cara. Esta situación puede evolucionar a la pérdida de conciencia y PCR en pocos minutos.
- La obstrucción parcial no severa inicialmente puede evolucionar a **obstrucción completa** si se desplaza el cuerpo extraño o la víctima se agota en sus esfuerzos tusígenos.
- En la **obstrucción completa** la víctima no podrá hablar, toser ni respirar y terminará perdiendo la conciencia.



Tomado de ERC GUIDELINES. RESUSCITATION. 2010

Gráfico 8. Valoración de la obstrucción de la vía aérea en función de los signos

B. Víctima inconsciente:

- Se sospechará una obstrucción completa de la vía respiratoria superior por cuerpo extraño cuando ha sido presenciada por testigos, con los síntomas referidos anteriormente.
- Otra situación sugerente de obstrucción es aquella PCR en la que existe dificultad para efectuar la ventilación con aire espirado del reanimador, a pesar de haber realizado una adecuada apertura de la vía aérea.

6.4. Desobstrucción de la vía aérea: Maniobras de Heimlich

Las maniobras que persiguen desobstruir la vía aérea se denominan, según el médico que las inventó, maniobras de Heimlich y difieren según el estado de la víctima.

A. Sujeto consciente. Si el sujeto está consciente y el problema no se resuelve mediante la tos, se deberán dar **5 palmadas entre las dos escápuras** para intentar movilizar el cuerpo extraño, que si no es efectivo se procederá a iniciar compresiones abdominales o "Maniobra de Heimlich". Los pasos para realizar las compresiones abdominales o Maniobra de Heimlich son los siguientes:

- Colocarse de pie detrás del sujeto y rodear su cintura con ambos brazos.
- Inclinar al sujeto bien hacia delante, para que al moverse el objeto que produce la obstrucción salga por la boca en lugar de continuar bajando por la vía aérea.
- Cerrar una mano metiendo el pulgar dentro de ella y situar esta zona de la misma en la línea media del abdomen del sujeto, entre el ombligo y el extremo inferior del esternón.
- Sujetar el puño con la otra mano.
- Presionar bruscamente el puño, con un movimiento rápido, hacia dentro y arriba. Para poder realizar con éxito esta maniobra el auxiliador se arrimará al sujeto, de forma que la parte anterior de las piernas del que realiza la maniobra contacte con la parte posterior del sujeto. De esta forma se podrá ejercer más fuerza en el momento de realizar el movimiento con las manos y brazos.
- Realiza esta maniobra hasta 5 veces: cada compresión es un intento de desobstrucción.
- Si el cuerpo extraño no ha sido expulsado se debe comprobar la boca buscando cualquier objeto que pueda ser alcanzado con el dedo.
- Continuar alternando 5 golpes en la espalda en las escápuras con 5 compresiones abdominales.



Gráfico 9. Maniobra de Heimlich

En el siguiente vídeo te mostramos las maniobras para desobstruir la vía aérea:



02:40

PRIMEROS AUXILIOS: ATRAGANTAMIENTO DE UN ADULTO

B. Sujeto inconsciente. Las acciones a seguir y aplicar en un sujeto inconsciente que se encuentra en estas condiciones por no poder expulsar el cuerpo extraño, son:

- Colocarlo en posición de RCP acostado sobre la espalda en un plano horizontal, con la cara hacia arriba con el cuerpo alineado, encima de una superficie dura, lisa y firme.

- Abrir la vía aérea por medio de la maniobra frente-mentón, desplazando con una mano la frente hacia atrás, mientras que con los dedos de la otra se tracciona de la mandíbula hacia arriba y adelante.
- Coloca las manos en la misma zona en la que se realiza la maniobra una persona que se encuentra de pie y realiza las compresiones abdominales empujando hacia arriba el abdomen.
- Tras observar la boca, extraer cualquier cuerpo extraño visible en ella.
- Comprobar la respiración: ver, oír y sentir.
- Si no respira, pasar a realizar la secuencia de compresiones/respiraciones igual que en la PCR: 30/2.
- Continuar esta secuencia hasta la llegada del equipo especializado o hasta la recuperación de la respiración espontánea.



Gráfico 10. Compresiones abdominales en sujeto inconsciente

7. FINALIZACIÓN Y CONTRAINDICACIONES DE LA RCP

En el caso de los adultos con un paro cardíaco que solo reciban SVB, (Soporte Vital Básico) se considerará que deben interrumpirse las maniobras de SVB en las siguientes situaciones:

- Recuperación de signos vitales.
- Orden de NO Resucitación por enfermedad terminal (sólo entorno hospitalario).
- Si tras 30 minutos no recupera el funcionamiento cardiaco con medidas de soporte vital avanzado por la asistencia, EXCEPTO casos de ahogamiento, hipotermia, electrocutados y sobredosis de fármacos que puede llegar hasta una hora.
- Agotamiento del reanimador, generalmente cuando un único reanimador lleva a cabo una RCP prolongada.
- Presencia de signos fracos de muerte biológica (rigidez, livideces, etc.). La midriasis pupilar aislada (dilatación de las pupilas) no contraindica la RCP.

8. REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR PEDIÁTRICA



03:33

RCP PEDIÁTRICA

Los accidentes (asfixia, atragantamiento, quemaduras, accidentes eléctricos, traumatismos, intoxicaciones, etc.) constituyen la primera causa de muerte en los niños mayores de un año, por lo que hay que conocerlos y prevenirlos, tanto en el hogar como fuera de él. La cadena de supervivencia en lactantes y niños incluye la prevención de situaciones que llevan a la parada cardiopulmonar, la RCP precoz, la activación rápida de los servicios de emergencia y el soporte vital avanzado.

La RCP Básica pediátrica, no frecuente en el ámbito deportivo, al igual que en el adulto, comprende un conjunto de maniobras que permiten identificar una parada cardio-respiratoria (PCR), y realizar la sustitución de las funciones respiratoria y circulatoria sin ningún equipamiento específico, hasta que el niño pueda recibir un tratamiento más cualificado por medio de la RCP Avanzada.

Las edades que en este apartado tendremos en cuenta para la realización del Soporte Vital Básico son las siguientes:

- **Recién nacido y lactantes:** son los menores de 1 año.
- **Niños:** edad comprendida entre 1 año y la pubertad.

Cuando el niño comienza la pubertad, a efectos de aplicación de la RCP, se le considera como un adulto.

8.1. La RCP Básica pediátrica

Para un reanimador no sanitario, la secuencia de actuación en la PCR infantil es prácticamente la misma que en el adulto, a excepción de dos diferencias:

- En los niños la PCR suele estar relacionada generalmente con un fallo respiratorio y no con una cardiopatía.
- En los niños antes de iniciar las compresiones torácicas se administrarán 5 ventilaciones y si solo se dispone de un reanimador se realizará 1 minuto de RCP antes de llamar a 112.

A continuación, se exponen las siguientes recomendaciones con respecto a la RCP básica pediátrica:

- Conseguir la seguridad del reanimador y del niño, evitando entornos peligrosos.
- Mover al niño exclusivamente si existe una situación de riesgo inminente o este no se encuentra en una posición o situación adecuada para practicarle una RCP.
- Comprobar la inconsciencia con estímulos táctiles, como pellizcos o sacudidas suaves si se trata de lactantes o bien hablándole en voz alta a aquellos niños que por su edad puedan responder.



02:26

PRIMEROS AUXILIOS: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN UN NIÑO



Gráfico 10. Cadena de supervivencia en un niño

Al igual que el orden en la intervención en la RCP del adulto, ahora veremos la secuencia en niños:

1ª Situación: El niño responde y no corre peligro.

- Mantener en la misma posición en la que se le encontró.
- Vigilar y evaluar periódicamente, solicitando ayuda.

2ª Situación: ¿No respira normalmente?

- Pedir ayuda.

A: Apertura y desobstrucción de la vía aérea.

En niños, la apertura de las vías aéreas se realiza, al igual que en los adultos, por medio de la maniobra frente-mentón, pero la **extensión del cuello será variable**, siendo tanto menor cuanto más pequeño sea el niño.

En lactantes la apertura se realizará con la maniobra frente-mentón, **pero no se extenderá el cuello**, debiendo quedar en posición neutra, "mirando hacia el techo".

En el caso de que exista la posibilidad de que el niño pueda sufrir una posible lesión cervical, el reanimador deberá mantener inmovilizada la columna cervical, colocando la mano firmemente aplicada sobre la frente, evitando de esta forma todo movimiento de la misma.

B: Comprobar si el niño o lactante respira.

Para ello observaremos si hay movimientos del tórax y/o abdomen, intentaremos oír los ruidos respiratorios y sentir el aire en la cara de la respiración del niño. Ver, oír y sentir, durante no más de 10 segundos.

Si el niño respira se coloca en posición lateral de seguridad, salvo que exista sospecha de lesión de la columna vertebral, sobre todo cervical. Los lactantes no se colocan en la llamada posición de seguridad, sino boca arriba y con la cabeza hacia el lado, siempre que respiren bien en esta posición.

En el caso de que el niño no respire, se iniciará la ventilación boca-boca en los niños y boca-bocanariz en los lactantes, siempre y cuando el reanimador pueda englobar con su boca la boca y la nariz del lactante.

En el niño, se rodea su boca con los labios y se pinza la nariz con los dedos índice y pulgar de la misma mano que se encuentra en la frente, tras asegurar que está bien abierta la vía respiratoria. Posteriormente se tomará aire y se soplará de forma suave, lenta y mantenida durante 1 a 1,5 segundos, observando cómo asciende el pecho y posteriormente desciende.

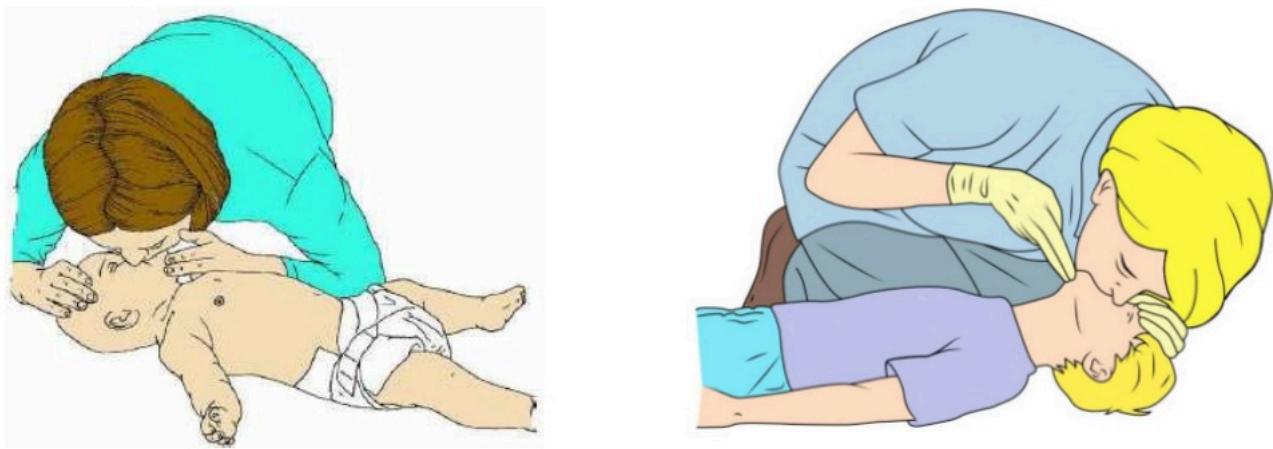


Gráfico 11. Ventilación boca-nariz en niños

Dar al principio 5 ventilaciones, llamadas de rescate, y si de ellas al menos 2 son efectivas, (sabremos que son efectivas mediante la observación del ascenso del tórax), se pasará a comprobar si existen signos de circulación. No se aconseja aumentar la frecuencia de la ventilación, ni tampoco insuflar mucho volumen de aire, solo el suficiente para elevar el tórax, ya que volúmenes mayores pueden provocar lesiones pulmonares o aumentar la posibilidad de que el paciente expulse el contenido gástrico, con el riesgo de aspiración broncopulmonar.

En el lactante se realiza de la misma forma, salvo que:

- En la apertura de la vía aérea la cabeza está en posición neutra.
- No se pinza la nariz porque se incluye en la boca del reanimador.
- Las ventilaciones son solo bocanadas o medias insuflaciones
- La fuerza y la cantidad del aire que se introduce en los pulmones dependen del peso y de la edad del niño, por lo que se debe observar cómo se mueve el pecho.

En niños y lactantes, al igual que en el adulto, si el tórax se mueve poco o nada se confirmará que la apertura de la vía aérea no se está realizando de una forma correcta; se modificará, pues, la extensión del cuello, y se efectuarán otras 5 insuflaciones.

Si no se consigue que ventile y se sospecha que existe una obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, se aplicarán las maniobras de desobstrucción, las cuales serán expuestas más adelante.

El número de respiraciones será de 12 a 20 por minuto, de tal forma que se realizará más número de ventilaciones cuanto más pequeño sea el niño.

C: Masaje cardíaco y ventilación artificial.

Tras las ventilaciones de rescate, se debe comprobar si existen signos vitales de vida (circulación) comprobando el pulso (arteria braquial en el tercio medio de la cara interna del brazo) y la existencia de respiración (ver, oír y sentir). También se debe comprobar si existe una respiración normal o algún movimiento, incluido deglución o tos durante un máximo de 10 segundos.

En caso de que no existan estos signos, se considera que el niño puede estar en PCR y se iniciará el masaje cardíaco.

- **Posición de RCP en lactantes.** Colocar al niño boca arriba, en una superficie dura, lisa y firme y con los brazos a lo largo del cuerpo.
- **Localización del punto de masaje cardíaco.** La zona para el masaje cardíaco, tanto en lactantes como en niños, es en el tercio inferior del esternón. Para evitar lesionar tanto el esternón como el abdomen, se comprimirá el esternón con un dedo por encima del apéndice xifoides.
- **Forma de realizar el masaje cardíaco.**

Lactantes:

- Si hay solo 1 reanimador, se colocarán las puntas de dos dedos a lo largo del esternón en el lugar mencionado anteriormente, siendo aconsejable con la otra mano sujetar la frente del niño.
- Si hay 2 reanimadores, el que realiza el masaje cardíaco, **empleando la técnica del abrazo si es posible**, colocará los pulgares uno al lado del otro en el tercio inferior del esternón como en el caso anterior, dirigiendo las puntas de los dedos hacia la cabeza del lactante, y el resto de los dedos los colocará rodeando la caja torácica, con las puntas de los dedos soportando la espalda del mismo.

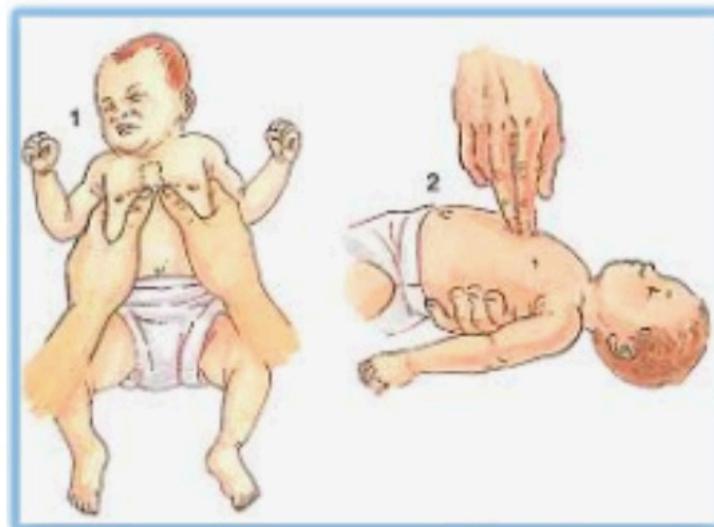


Gráfico 12. Aplicación de masaje cardíaco en lactantes

Se utilice una u otra forma de masaje cardíaco, se comprimirá el tórax con la punta de los dedos con una fuerza que lo deprima aproximadamente la tercera parte de la profundidad del pecho. La compresión debe durar la mitad del ciclo compresión/descompresión, dejando que el tórax vuelva a su posición normal, sin retirar las manos del lugar de las compresiones, salvo para realizar las ventilaciones.

Niños:

- Se colocará el talón de una mano en la parte inferior del esternón, en el lugar mencionado con anterioridad, para evitar comprimir el apéndice xifoides o el estómago. Si el niño es muy grande, puede ser necesario utilizar dos manos como en el adulto. Lo importante es deprimir adecuadamente el tórax.
- Emplear una fuerza suficiente para comprimir el pecho la tercera parte de su profundidad.
- La velocidad de masaje cardíaco es de 100 compresiones/minuto.
- Tras realizar 30 veces el masaje cardíaco se efectuarán 2 ventilaciones, continuando con esa relación masaje cardíaco-ventilación (30/2).



Gráfico 13. Aplicación de masaje cardíaco en niños según edad

Si el reanimador se encuentra solo, comprobará la eficacia de la reanimación cada 2 minutos, suspendiendo transitoriamente las maniobras durante un máximo de 5 segundos para observar si existen respiración y signos de circulación.

La RCP se mantendrá hasta que el niño muestre signos de ventilación y circulación, llegue un equipo cualificado o el reanimador se encuentre exhausto y nadie pueda sustituirlo.

Estas acciones quedan resumidas en estos diagramas en función de la asociación que proponga el protocolo (en nuestro ámbito debemos regirnos por la ERC):

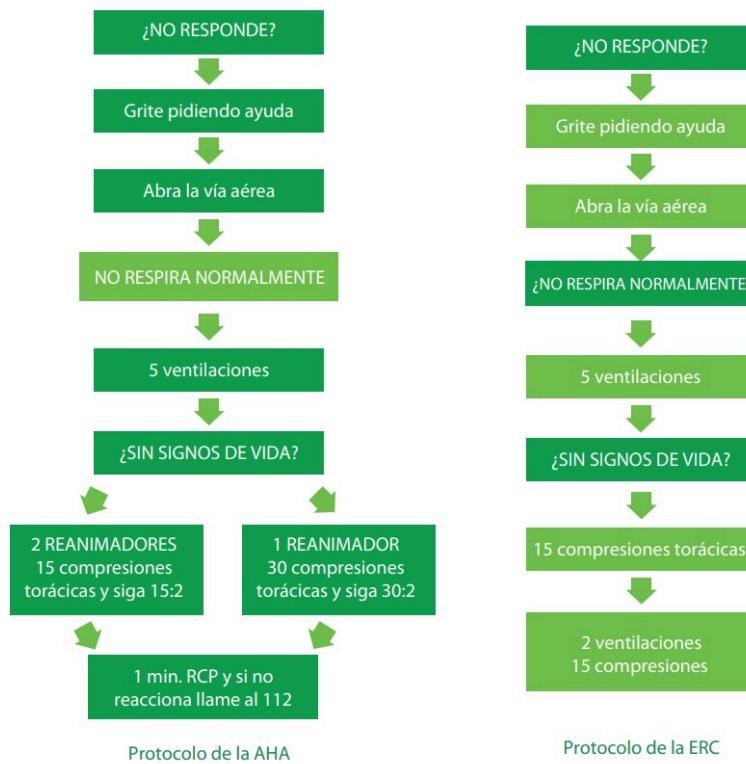


Gráfico 14. Principales diferencias en la secuencia de actuación entre AHA y ERC

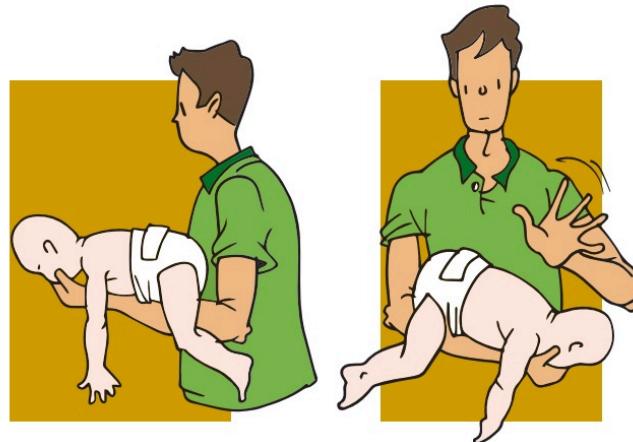
3^a Situación: El niño tiene una obstrucción de las vías aéreas

Gráfico 15. Desobstrucción de la vía aérea en lactantes

Técnica en lactantes:

Colocar al lactante boca abajo, apoyándolo sobre el antebrazo y sujetándolo por la mandíbula con los dedos pulgar e índice.

Mantener la cabeza ligeramente extendida, en posición neutra, y más baja que el pecho.

En esta posición, aplicar con el talón de la otra mano 5 golpes en la mitad de la espalda, entre ambos omóplatos o paletillas, moderadamente fuertes y rápidos.

Si no se expulsa el cuerpo extraño, cambiar al lactante al otro antebrazo, colocándolo con la boca hacia arriba, sujetando la cabeza y poniendo esta más baja que el pecho.

En esta posición, realizar 5 compresiones en el pecho similares a las que se expusieron en el masaje cardíaco en la misma zona, pero más vigorosas y lentas (1 compresión por segundo). Observar entonces la boca buscando el cuerpo extraño y extraerlo con precaución.

Si no se consigue desobstruir la vía aérea, volver a repetir la secuencia.

Técnica en niños:

Se realizarán como en el adulto, es decir:

- Dar una serie de cinco golpes en la espalda.
- Si el problema no se resuelve, iniciar compresiones abdominales o maniobra de Heimlich.

- Si el niño está inconsciente y no respira:
 - Se efectuarán 5 insuflaciones con ventilación boca a boca y nariz.
 - Se continuará con las maniobras de RCP como ya se han descrito en lactantes y niños.

4ª Situación: El niño requiere el uso del DESA

Aunque existe poca experiencia en niños con el uso del DESA, parece aconsejable, a la luz de los resultados con los adultos, su utilización en caso necesario. El rango de edad recomendado es para niños mayores de 1 año. Por debajo de esta edad no hay suficientes estudios que demuestren su eficacia.

En el caso de los niños, cuando se aplique un DESA, si es posible solo se deberían utilizar electrodos adaptados infantiles (que son de menor tamaño que para los adultos) capaces de suministrar en la descarga solo la energía necesaria de entre 50 J y 75 J. Algunos modelos incorporan dispositivos de selección para descargas en rango de adulto o pediátricas.

La tabla que aparece a continuación resume todo este capítulo siguiendo el orden de la secuencia temporal de intervención.

	Lactantes	Niños
PEDIR AYUDA	Depende de los reanimadores, si hay 2, uno llama y otro inicia las maniobras de RCP Si hay un solo reanimador, 1 minuto de RCP y sino reacciona, llamar	
DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA	Maniobra frente-mentón sin Extender el cuello (posición neutra)	Maniobra frente-mentón (se extiende el cuello según su crecimiento)
VOS (>10")	Igual que los adultos	
SI RESPIRA	No PLS: boca arriba con cabeza hacia un lado	PLS
NO RESPIRA	Ventilación boca-bocanariz	Ventilación boca-boca pinzando la nariz
VENTILACIONES	5 de rescate o al menos 2 efectivas (asciende el tórax)	
INSUFLACIONES	Bocanadas o medias insuflaciones	Dependen de la fuerza y peso del niño (observar el pecho)
NO SE CONSIGUE DESOBSTRUIR LA VÍA AÉREA	5 golpes espalda (interescapulares) seguidos de 5 compresiones torácicas similares al masaje	5 golpes espalda (interescapulares) seguidos de 5 compresiones abdominales (Heimlich)
MASAJE CARDIACO	Comprobar pulso en arteria branquial	Comprobar pulso en arteria branquial
POSICIÓN RCP	Colocarle la boca arriba, en una superficie dura, lisa y firme y con los brazos a lo largo del cuerpo	
PUNTO DE MASAJE	Tercio inferior esternón	
	1. Reanimador Punta de dos dedos y con la otra mano sujetar al bebé 2. Reanimadores Técnicas del abrazo con pulgares uno a cada lado	Talón de una mano en la parte inferior del esternón
COMPRESIONES	Mitad del ciclo compresión/descompresión, dejando que el tórax vuelva a su posición normal, sin retirar las manos del lugar de las compresiones	Fuerza suficiente para comprimir el pecho la tercera parte de su profundidad
USO DEL DEA	No es aconsejable	Utilizar electrodos adaptados infantiles

Tabla 2. Comparativa de las principales acciones entre lactantes (> 1 año) y niños (entre 1-12 años generalmente) en orden de la secuencia temporal de intervención

9. RCP. AHOGADOS

El ahogamiento por asfixia o por inmersión se produce porque un medio líquido obstruye el paso del aire al interior de las vías aéreas. En el ámbito deportivo puede ocurrir sobre todo en deportes acuáticos como el surf o salvamento.

Las **actuaciones a realizar** son las siguientes (ya fueron comentadas en el tema anterior):

- Extraer a la víctima del agua. En el agua puede iniciarse el boca a boca, si la víctima no respira.
- No realizar procedimientos para sacar el líquido de los pulmones, ya que demoran las maniobras de reanimación.
- La variación con respecto al algoritmo general de **Soporte Vital Básico** es que en estos casos se realizarán **5 ventilaciones llamadas de rescate** antes de iniciar las compresiones torácicas y, si es necesario abandonar a la víctima para poder ir a por ayuda, se hará un minuto de RCP previa.
- Procurar protección térmica a la víctima.
- La posición lateral de seguridad se emplea, como se ha referido anteriormente, en aquellas personas que respiran espontáneamente, pero que se encuentran inconscientes. Está contraindicada en los traumatizados, por el riesgo de lesión de columna cervical-médula espinal.

Las modificaciones oportunas en la RCP en caso de víctimas ahogadas deben ser contempladas por el personal especializado en socorrismo y actividades acuáticas.

Las **maniobras de SVB** son similares a las anteriores, aunque casi siempre se dispone de medios avanzados como DESA, o intubación orotraqueal, etc.

En el **paciente ahogado**, existen algunas circunstancias que debemos tener en cuenta desde el momento del incidente:

- Está contraindicada y descartada la maniobra de Heimlich para intentar evacuar el líquido aspirado, ya que podríamos facilitar una broncoaspiración pulmonar (entrada de agua o contenido gástrico al árbol respiratorio). Solo se puede hacer en caso de sospecha de obstrucción en pacientes inconscientes.
- En ocasiones, el traumatismo suele ser el acontecimiento principal que precipita la inmersión y a menudo coexisten lesiones cervicales y torácicas. Por lo tanto, se debe tener precaución en las movilizaciones así como en la apertura de la vía aérea mediante la técnica de elevación mandibular.
- En todos los ahogados se produce, con mayor o menor intensidad, un cierto grado de hipotermia, por lo que es necesario comenzar el tratamiento en el momento y lugar del incidente (retirar la ropa, indumentaria, etc.). La hipotermia en cierta forma protege al cerebro de la hipoxia; esto es importante, ya que no se debe abandonar la reanimación de un ahogado basándose en su frialdad ("ningún paciente hipotérmico debe darse por muerto hasta que no esté caliente y sin signos de vida").
- Un mecanismo de PCR frecuente son las arritmias cardíacas, por lo que es recomendable antes de utilizar un DESA, secar en lo posible a la víctima, sobre todo en la zona donde se peguen los electrodos. Es muy importante antes de dar la descarga no tocar a la víctima ni las ropas mojadas.
- En cuanto a las insuflaciones previas, no hay gran consenso, pero todas las normas de la ERC (European Resuscitation Council), hablan de 5 insuflaciones de rescate como en niños.
- El tiempo recomendado de la RCP en los ahogados se suele prolongar más de 30 minutos, y suele ser entre 30-60 minutos.

A continuación, se puede ver un ejemplo real de un rescate a una víctima ahogada y como se le aplica el RCP:



08:25

RESCATE REAL DE UN AHOGADO

10. RCP EN EMBARAZADAS

La probabilidad de que una paciente embarazada sufra una parada cardiorrespiratoria es muy pequeña, ya que normalmente se trata de mujeres jóvenes y sanas. Por ello se estima que una de cada 30.000 mujeres embarazadas sufre una PCR, señalándose como factores de riesgo: la edad materna avanzada, la raza negra, la multiparidad y/o la falta de control prenatal.

La PCR en el caso de la mujer embarazada representa la situación más estresante y angustiosa a la que un médico puede enfrentarse. No en vano, dos vidas dependen de la inmediatez, organización y habilidad de un equipo de reanimación.

Por ello, asumir la toma de decisiones por parte de la persona más adecuada y experta será imprescindible. Ante una PCR en el medio hospitalario será requerida la presencia y participación en el proceso de un reanimador principal, un ginecólogo, un neonatólogo, además de personal sanitario con el objetivo de que la reanimación de la madre y el feto sea exitosa.

Ante toda paciente embarazada con datos de PCR clínica, se iniciarán maniobras de RCP, siempre hasta determinar la situación de la madre y del feto y la viabilidad de cada uno.

Las excepciones clásicas para el inicio de la RCP en el adulto (signos de muerte biológica, más de 10 minutos de muerte clínica, PCR como final de la evolución de una enfermedad irremediable, existencia de riesgo para el reanimador...) se convierten en infrecuentes, controvertidas y difíciles de significar al objetivarse que una paciente es gestante; además si se trata de un feto de más de 24 semanas deberíamos interpretar la viabilidad fetal antes de contraindicar o suspender las maniobras de RCP, lo que a menudo es difícil.

Por ello, salvo que los reanimadores estén exhaustos o que haya recuperación de la ventilación y circulación espontáneas, por norma general, no se contraindicará el inicio ni se suspenderán las maniobras de RCP en una mujer embarazada, hasta realizar todos los esfuerzos posibles relatados posteriormente en las recomendaciones de actuación.

10.1. Posición de la embarazada en la RCP

La posición ideal para la RCP es en decúbito supino sobre una superficie dura, desplazando el útero hacia la izquierda:

- Desplazándolo manualmente por un reanimador, sobre todo si se sospecha de trauma vertebral.
- Colocando objetos que hagan cuña bajo el flanco lateral abdominal y cadera derecha para conseguir una elevación. Mientras, un ayudante sujetá hombro derecho y cadera izquierda contra la superficie para intentar que no se mueva durante el masaje cardíaco.



00:18

MANIOBRAS EXCEPCIONALES DE RCP EN EMBARAZADAS

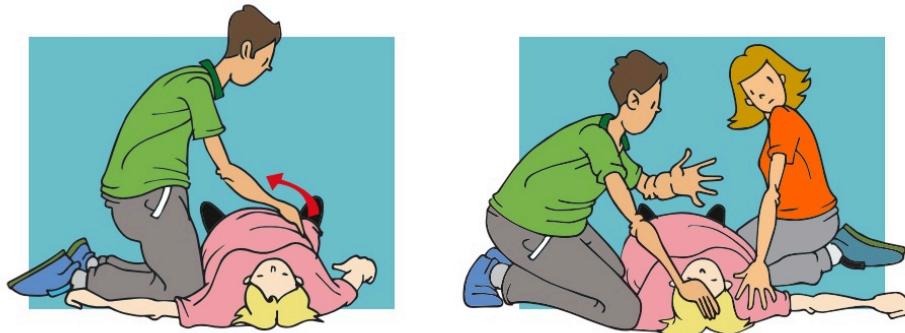


Gráfico 14. Posición para aplicar el masaje cardíaco a una embarazada

10.2. Desobstrucción de la vía aérea

La permeabilidad de la vía aérea es primordial para la correcta ventilación. En avanzado estado de gestación no es posible realizar la maniobra de Heimlich, por lo que se realizarán compresiones bruscas en la zona de la mitad del esternón, en el mismo sitio donde se realizará el masaje cardíaco externo.

10.3. Masaje cardíaco externo (MCE)

Desgraciadamente, aunque se realice el MCE correctamente no consigue expulsarse más que un 30% del volumen de sangre del corazón. Este porcentaje aumentará con la posición ideal de la embarazada en la RCP.

Se realizará localizando la mitad del esternón con una mano, sin hacer presión sobre la parte superior del abdomen ni sobre la punta del esternón y tercio inferior del mismo. Colocarse verticalmente sobre el pecho y con los brazos rectos presionar hacia abajo el esternón para deprimirlo entre 4 o 5 cm. (colocar a modo de cuña objetos como toallas, mantas, etc., o las propias rodillas y muslos del reanimador para conseguir lateralizar hacia la izquierda a la embarazada). Soltar la presión sin perder contacto con las manos y el esternón. Repetirlo con una frecuencia de 100 por min (algo menos de 2 compresiones por segundo). La compresión y liberación debería ocupar el mismo espacio de tiempo.

10.4. Desfibrilación-monitorización

La técnica e indicaciones de la desfibrilación no sufren cambios respecto a las recomendaciones del SVA del adulto. Aunque se han confirmado arritmias fetales transitorias tras la desfibrilación, parece que las repercusiones en el feto son poco frecuentes utilizando la posición y energía habituales.

Evitar la colocación de los electrodos sobre el abdomen en gestaciones avanzadas, procurando elevar el electrodo izquierdo.

11. RCP EN CASO DE SOSPECHA DE COVID-19

La European Resuscitation Council (ERC) ha publicado unas recomendaciones en 2020 para los protocolos de RCP tanto básicas como avanzadas para adultos que permiten realizar varias diferencias respecto al protocolo normal de SVB:

- El reanimador debe ir provisto de un **EPI**, o en su caso, mascarilla y protector ocular.
- **VOS:** La respuesta se evalúa sacudiendo a la persona y gritando. Al evaluar la respiración, busque una respiración normal. Para minimizar el riesgo de infección, no abra las vías respiratorias y no coloque la cara junto a la boca /nariz del accidentado.
- **Masaje cardíaco:** los reanimadores legos deben considerar colocar un paño, toalla o mascarilla sobre la boca y nariz de la persona antes de realizar compresiones torácicas y desfibrilación. Esto puede reducir el riesgo de propagación del virus en el aire durante las compresiones torácicas
- **Después de realizar RCP:** los reanimadores deben, tan pronto como sea posible, lavarse las manos a fondo con agua y jabón o desinfectarlas con solución hidroalcohólica y ponerse en contacto con las autoridades sanitarias locales para solicitar información sobre la vigilancia después de haber estado en contacto con una persona con sospecha o confirmación de COVID-19.

Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automatizada (DEA) adaptado a la COVID-19 para rescatadores legos

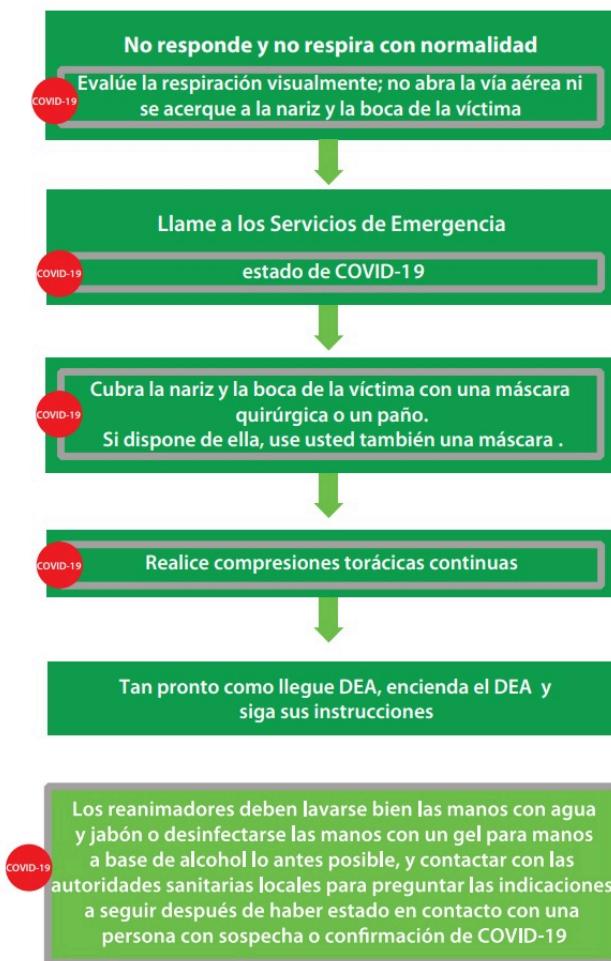


Gráfico 15. Algoritmo de RCP ante víctimas de COVID-19

12. ACTUALIZACIONES RCP-SVB SEGÚN ORGANISMOS INTERNACIONALES. PRINCIPALES NOVEDADES

Siempre debemos tener como referente el **ILCOR “The International Liaison Committee on Resuscitation”** como el Organismo Internacional responsable de los conocimientos, avances y estudios en RCP. Este Comité que fue fundado en 1922 y actualmente está formado por:

- American Heart Association (AHA).
- The European Resuscitation Council (ERC).
- The Australian and New Zealand Committee on Resuscitation (ANZCOR).
- The Resuscitation Council of Southern Africa (RCSA).
- The American Heart Foundation (IAHF).
- The Resuscitation Council of Asia (RCA).

La función de este Comité es identificar y examinar los conocimientos relevantes para la reanimación cardiopulmonar y la atención cardiovascular de emergencia, y buscar un consenso en las recomendaciones de tratamiento; esto se hace cada 5 años. Aunque están a punto de salir las recomendaciones de 2020 sobre actualizaciones en el SVB, las principales acciones y diferencias entre las dos asociaciones, AHA y ERC, más influyentes son:

	ERC	AHA
Secuencia	ABC	CAB
Comprobar pulso	Se recomienda buscar signos de vida	Se recomienda palpar pulso como máximo 10 seg.
Relación compresión/ventilación	30:2	30:2 (un rescatador) 15:2 (dos rescatadores)
Avisar a emergencias si PCR (rescatador único, causa respiratoria)	Tras 1 minuto de RCP	Tras 2 minutos de RCP
OVACE grave niños > 1 año conscientes	5 golpes en la espalda 5 compresiones abdominales	5 compresiones abdominales

Tabla 3. Diferencias entre ERC y la AHA en el SVB

Para finalizar este apartado, destacamos a modo de resumen este cuadro con las principales características de la RCP para la AHA en 2015:

Componente	Adultos y adolescentes	Niños (entre 1 año de edad y la pubertad)	Lactantes (menos de 1 año de edad, excluidos los recién nacidos)
Seguridad del lugar	Asegúrese de que el entorno es seguro para los reanimadores y para la víctima		
Reconocimiento del paro cardíaco	Comprobar si el paciente responde El paciente no respira o solo jadea/bloquea (es decir, no respira normalmente) No se detecta pulso palpable en un plazo de 10 segundos. (La comprobación del pulso y la respiración puede realizarse simultáneamente en menos de 10 segundos)		
Activación del sistema de respuesta a emergencias	Si está usted solo y sin teléfono, deje a la víctima para activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA antes de comenzar la RCP. Si no, mande a alguien en su lugar y comience la RCP de inmediato; use el DEA en cuanto esté disponible.	Colapso presenciado por alguna persona Siga los pasos para adultos y adolescentes que aparecen a la izquierda Colapso no presenciado Realice la RCP durante 2 minutos. Deje a la víctima para activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA. Vuelva a donde esté el niño o lactante y reinicie la RCP; use el DEA en cuanto esté disponible.	
Relación compresión-ventilación sin dispositivo avanzado para la vía aérea	1 o 2 reanimaciones 30:2	1 reanimación 30:2 2 o más reanimaciones 15:2	
Relación compresión-ventilación con dispositivo avanzado para la vía aérea	Compresiones continuas con una frecuencia de 100 a 120 cpm. Proporcione 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto)		

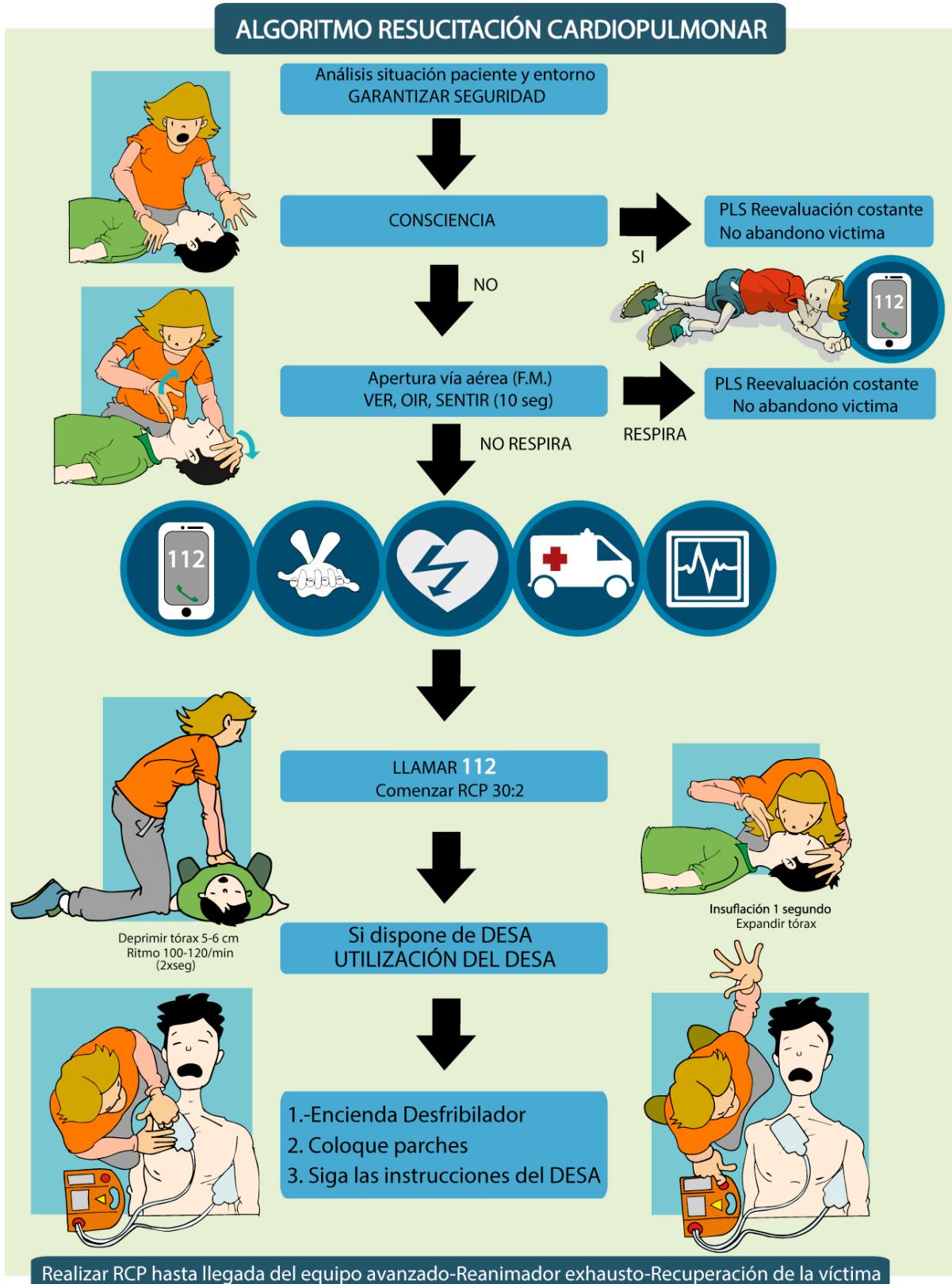
Frecuencias de compresiones	100-120 lpm			
Profundidad de las compresiones	Al menos 5cm (2 pulgadas)*	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax Al menos 5 cm (2 pulgadas)	Al menos un tercio del diámetro AP del tórax Alrededor de 1 ½ pulgadas (4 cm)	
Colocación de la mano o de las manos	2 manos en la mitad inferior del esternón	2 manos o 1 mano (opcional si es un niño muy pequeño) en la mitad del esternón	2 dedos en el centro del tórax, justo por debajo de la línea de los pezones 2 o más reanimadores 2 pulgares y manos alrededor del tórax, en el centro del tórax, justo por debajo de la línea de los pezones	
Descompresión torácica	Permita la descompresión torácica completa después de la cada compresión; no se apoye en el pecho después de cada compresión			
Reduzca al mínimo las interrupciones	Lmite las interrupciones de las compresiones torácicas a menores de 10 segundos			

La profundidad de compresiones no debe ser superior a 6 cm (2.4 pulgadas).

Abreviaturas: DEA (desfibrilador externo automático),
AP (anteroposterior), cmp (compresiones por minuto), RCP (reanimación cardiopulmonar).

Tabla 4. Principales características de la RCP para la AHA (2015)

13. ALGORITMO RESUMEN DEL TEMA



14. BIBLIOGRAFÍA

- Abad, A. (2012). Anestesiart. Barcelona. Servicio de Anestesia y Reanimación Hospital Universitari Vall d'Hebron.
<https://anestesiart.org/2012/rcc-al-ritmo-de-stayin-alive-de-los-bee-gees-103-compresiones-porminuto/>
- American Heart Association (AHA). (2005). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. AHA Journals. 112(24):1-203. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.166550
- Cleaver, B.; Crawford, R. y Armstrong, J. (2007). Manual de primeros auxilios. Madrid, España: Pearson Alhambra.
- Déjar, A. (2012). Primeros auxilios y servicios médicos de urgencia. Madrid: Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Gorjón, E. (16 de noviembre de 2015) Análisis de las nuevas guías AHA y ERC 2015. Soporte Vital Básico Pediátrico. (Mensaje en un blog) Signos vitales 2.0. Recuperado de: <http://signosvitales20.com/analisis-de-las-nuevas-guias-aha-y-erc-2015-soporte-vital-basico-pediatrico/>
- Gutiérrez, E. y Gómez, J.L. (2012). Actuación general en primeros auxilios. Madrid, España: Editex
- Perales, N.; Vigurin N.; Ledesma, A. y Tormo, C. (2008). Guía de Resucitación cardiopulmonar básica y desfibrilación semiautomática. Madrid, España: Elsevier Masson.
- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2008.
- Perales RdV, N. Semicyuc; 2006. Curso de resucitación cardiopulmonar instrumental y Desfibrilación semiautomática. España: Edika Med.
- Perales, N.; Pérez, JL.; Fonseca San MF, Lesmes Serrano A, Herrero Ansola P. 2006. Guía de Cursos. Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar. España: Editorial Alfasur, S.L.
- Serrano, C. (2011). Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Albacete. Extraído el 10 de Junio de 2016 de:
http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111129_1.pdf
- VV.AA. European Resuscitation Council (ERC) Guidelines for Resuscitation. 2015. Recuperado de: <https://cprguidelines.eu/>

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.



DESCARGAR TEMA EN PDF

CICLO INICIAL



CENTRO SUPERIOR
DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS

TEMA 9

VALORA LA SITUACIÓN



MARZO 2021
© CESED

TEMA 9

VALORA LA SITUACIÓN

1. CASO PRÁCTICO INICIAL: CORREDOR FULMINADO	PÁG. 4
2. INTRODUCCIÓN. TERMINOLOGÍA BÁSICA.....	PÁG. 4
3. SIGNOS Y SÍNTOMAS A VALORAR EN SITUACIONES DE URGENCIA	PÁG. 5
3.1. Respiración	Pág. 7
3. 2. Pulso	Pág. 8
3. 3. Consciencia	Pág. 9
3. 4. Temperatura.....	Pág. 10
3. 5. Tensión arterial.....	Pág. 10
3. 6. Relleno capilar.....	Pág. 10
3. 7. Coloración de la piel	Pág. 11
4. SIGNOS FRECUENTES DE CONSULTA QUE INDICAN GRAVEDAD	PÁG. 13
4.1. Pérdida de conciencia	Pág.13
4.2. Dolor en el pecho.....	Pág. 13
4.3. Fatiga o dificultad para respirar	Pág. 14
4.4. Dolor abdominal	Pág. 14
4.5. Dolor intenso de cabeza.....	Pág. 14
4.6. Hemorragia importante.....	Pág. 15
5. VALORACIÓN PRIMARIA ABC(D)	PÁG. 15
5.1. Plan de prioridades	Pág. 15
6. RESOLUCIÓN DEL CASO PRÁCTICO	PÁG. 18
7. BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 20

A través de esta lección vamos a explicar el procedimiento que debe seguirse para poder **valorar a una persona accidentada con riesgo vital** y los protocolos establecidos por los organismos internacionales. Pero del mismo modo que en el tema anterior, abrimos el tema con el planteamiento de un **caso relacionado con los objetivos de dicho tema**.

1. CASO PRÁCTICO INICIAL: CORREDOR FULMINADO

Un *runner* amateur vecino de Mario suele correr por el parque situado a 200 m. de su casa. Es un lugar donde habitualmente suelen acudir bastantes personas a realizar diversas actividades de ejercicio físico, entre ellas correr. Es un sábado por la mañana temprano y Mario que había salido a la compra atraviesa el parque y observa que un individuo adulto que hace *footing* en solitario, su vecino, se para, se para, se lleva la mano al pecho y cae al suelo. Mario se acerca presuroso a él y le pregunta en un tono alto qué le ocurre, al tiempo que le agita suavemente por los hombros sin obtener respuesta alguna. El hombre, preocupado, mira a todos lados buscando a alguien y se da cuenta de que en ese momento ¡está solo! En el bolsillo de su chándal lleva un móvil.

Analiza, a través de las siguientes preguntas, los hechos ocurridos:

1. *¿Qué debería hacer Mario para identificar que le ha sucedido al runner? Justificalo.*
2. *Suponiendo que al valorar Mario al runner respira y encuentra pulso en su cuello, qué acciones debería realizar?*
3. *Transcurridos unos minutos, Mario valora nuevamente al runner y observa que no respira aunque aún tiene pulso, ¿qué acciones debería realizar ahora?*

2. INTRODUCCIÓN. TERMINOLOGÍA BÁSICA

En el desarrollo de esta actividad será de gran importancia **detectar y valorar aquellos signos y síntomas que denoten una emergencia o una situación de riesgo vital**, al igual que lo es el establecer las pautas de actuación correctas de atención en Primeros Auxilios (Proteger, Evaluar, Alertar); orden impuesto por los máximos organismos en la materia.

Antes de analizar las pautas para la valoración del estado de una persona accidentada realizaremos un recorrido por una serie de conceptos que, de manera repetida, se van a utilizar a lo largo del bloque de Seguridad y Auxilio.

Tal y como viene reflejado en la literatura, los conceptos de signo y síntoma nos van a ofrecer información valiosa sobre el estado del accidentado.

En primer lugar vamos a definirlos:

1. **Síntoma:** manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente (p.ej., el dolor). **Es subjetiva y no se puede cuantificar de manera externa.**
2. **Signo:** manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable tanto por el paciente como por un observador (p.ej., convulsiones, edema, deformación de un miembro). **Es objetiva y apreciable externamente.**

Hay que tener en cuenta que:

- Los **síntomas** son subjetivos, ya que para extraer la información se va a tener que recurrir a un pequeño interrogatorio.
- Los **signos** son objetivos y utilizaremos la exploración para identificarlos. El proceso de exploración se basa en la inspección y la palpación. La inspección posibilita valorar, mediante la observación, el estado general del accidentado, la coloración de sus miembros, alguna anomalía en la estructura corporal, la gravedad de una quemadura, etc. A través de la palpación podemos obtener información sobre la frecuencia cardíaca, la localización del dolor en una contusión, etc. Asimismo, existe cierta información que solo podremos obtener mediante el uso de aparatos complementarios, como pueden ser el termómetro, un esfigmomanómetro para conocer la presión arterial, etc., aunque como podremos ver más tarde en el botiquín de primeros auxilios lo habitual suela ser un termómetro o pequeña linterna.

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS A VALORAR EN SITUACIONES DE URGENCIA

El técnico deportivo debe reconocer los signos que suponen un compromiso vital y que suelen venir acompañados de claros cambios en la homeostasis del organismo por la presencia de un agente estresante, como puede ser un accidente, una lesión, etc.

Para conseguirlo, empezará valorando las funciones, cuyo deterioro, suponen un riesgo vital inmediato. Estas son:

- Aparato respiratorio.
- Aparato circulatorio.
- Sistema nervioso.

Nota: Ante una situación que llegue a romper la homeostasis interna del organismo, el cerebro es un organismo que tiende a protegerse, de manera que procura mantener el flujo sanguíneo estable. El cerebro necesita alrededor de 20% de oxígeno del total corporal y tiene como principales nutrientes el oxígeno y la glucosa para alimentar las neuronas, únicas células orgánicas no reemplazables, por lo que se debe mantener esa llegada de sangre estable al cerebro. ahora?



LA HOMEOSTASIS

¿Qué es?

Conjunto de mecanismos que coordinan las funciones orgánicas para mantener estables las propiedades físicas-químicas del medio interno.

¿Qué elementos la componen?

Está compuesta por:

- El sistema endocrino.
- El sistema nervioso vegetativo o autónomo.



¿A través de qué mecanismos o sistemas de control?

Son estos mecanismos que poseen una gran importancia biológica, en virtud de que si uno de los sistemas falla, el equilibrio homeostático se ve en riesgo.

Mecanismos de control importantes:

- Concentraciones de oxígeno-dióxido de carbono.
- Regulación de la presión arterial.
- Regulación de la temperatura.



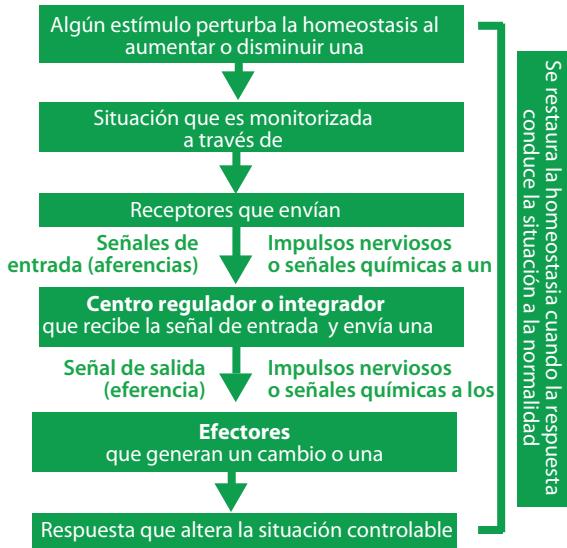
¿Qué comprende y qué regula?

Todos estos mecanismos incluyen fundamentalmente 4 funciones:

- Mantener la temperatura a través del sistema vascular.
- Mantener la glucosa en sangre a través del sistema hormonal.
- Mantener estable el agua e iones Na^{++} y K^{+} a través del sistema urinario.
- Mantener estable el pH a través del sistema respiratorio y urinario.



Proceso de regulación de las funciones a través de retroalimentación



¿Qué es la anticipación?

Es un mecanismo de control especial del sistema nervioso que permite adaptarse a una situación antes de que se alteren las variables y siempre es mediada por el sistema nervioso.



Resumen

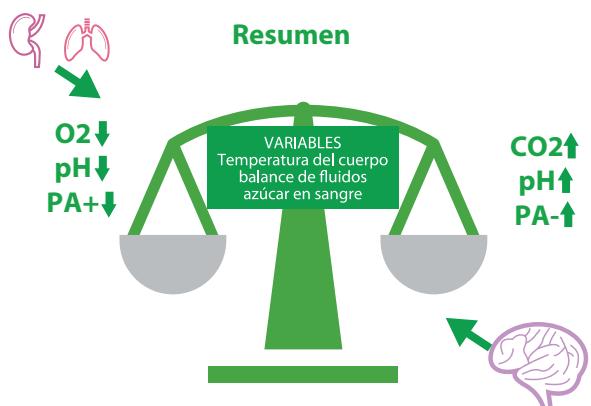


Gráfico 1. Infografía sobre el mecanismo de la homeostasis en el organismo

A continuación, y tal y como establece el protocolo de actuación de Cruz Roja Española, vamos a establecer los parámetros más adecuados para conocer la situación real del afectado. Esta composición podrá llevarse a cabo gracias al conocimiento de las constantes vitales. Las constantes vitales son aquellas manifestaciones cuya presencia nos asegura que la persona que está siendo explorada mantiene sus órganos vitales en funcionamiento, y cuya alteración establece la existencia de una emergencia médica (Jiménez y Montero, 2011).

Signos vitales como base de la valoración de un enfermo



Debido a la falta de instrumentos que nos podemos encontrar a la hora de hacer la valoración de una persona accidentada, las constantes con las que vamos a trabajar son aquellas que resulten más fáciles de reconocer, estableciendo un criterio de más relevante a menos para conservar las funciones vitales:

3.1. Respiración

Supone la primera necesidad de supervivencia del ser humano. La respiración es "la acción y efecto de respirar, siendo la función que asegura los intercambios gaseosos entre la célula y el medio externo". En la respiración se distinguen cuatro aspectos en la valoración:

- **Los movimientos respiratorios** son regulados por el centro respiratorio situado en el bulbo raquídeo. Estos movimientos son automáticos y de dos tipos:
 - Torácicos: ocurren por la acción de los músculos intercostales.
 - Abdominales: se llevan a efecto a costa de los músculos del abdomen y diafragma.
- **La frecuencia respiratoria:** número de respiraciones por minuto.
- **La profundidad respiratoria:** mide el volumen de aire inhalado y expulsado en cada movimiento respiratorio. Se suele distinguir entre profunda y superficial, la primera suele corresponder a un volumen respiratorio pulmonar grande.
- **El ritmo de la respiración** se refiere a la regularidad de los movimientos inspiratorios y espiratorios. Decimos que existen ritmos regulares e irregulares. Se evalúa oyendo y observando la circulación del aire en los pulmones (si es rítmica y regular). Se observa con la acción "**ver, oír y sentir**" que explicaremos más tarde.

Las cifras normales en la frecuencia respiratoria son 12-20 por minuto (rpm), con una respiración fundamentalmente abdominal y profunda. Se distingue las situaciones anormales como:

- **Taquipnea:** respiración rápida y superficial que a veces no es efectiva.
- **Bradipnea:** respiración lenta (se da cuando hay hipotermia o baja temperatura corporal, intoxicación por fármacos depresores del SNC...).

En relación a la respiración podemos valorar como signos urgentes o importantes los siguientes:

- **Apnea:** es la supresión transitoria de la respiración; puede ser voluntaria o involuntaria. En la apnea involuntaria, la persona deja de respirar súbitamente de forma espontánea. Esta situación es muy grave, ya que si no se restaura en menos de 2 minutos hace llegar a la persona a una situación de PCR (parada cardiorrespiratoria) y podría sobrevenir la muerte.
- **Disnea:** es el problema más importante de la alteración de la respiración y se conoce así a la dificultad respiratoria; se trata de una respiración trabajosa y difícil, y al paciente le da la sensación de que le falta el aire. Se debe contemplar la llamada a un servicio de urgencias o un traslado a un centro sanitario cuando:
 - Nos encontramos con una **taquipnea** (>25 rpm) respiración rápida, superficial (insuficiencia respiratoria) que se alargue en el tiempo y que hace trabajar a la musculatura intercostal y del cuello.
 - **Bradipnea:** respiración lenta (hipotermia, intoxicación...) mantenida en el tiempo.

CAUSAS MÁS HABITUALES DE LA DISNEA

Respiratorias	Obstrucción de las vías aéreas, infecciones o enfermedades crónicas, como bronquitis...
Cardíacas	Insuficiencia cardíaca, angina o infarto...
Nerviosas y psicógenas	Crisis de ansiedad o histeria, enfermedades de los músculos...
Otras	Fiebre, fatiga o anemia.

Tabla 1. Causas habituales de dificultad respiratoria

3. 2. Pulso

Tomar el pulso se corresponde con medir la frecuencia cardiaca. Se mide en pulsaciones o latidos por minuto (lpm). Las cifras normales para una persona sana y en reposo son de 60-100 lpm. Los lugares donde se puede tomar el pulso son variados como muestra el gráfico, pero en situaciones urgentes es posible que se note débil y solo se tomará en zonas centrales como el carotideo o central cardiaco.

- **Taquicardia:** > de 100 ppm. Situación que puede ser provocada por hemorragias, lipotimias... donde el corazón debe acelerar su ritmo para mantener la tensión arterial en su estado normal
- **Bradicardia:** <de 60 ppm. El corazón trabaja demasiado lento, con lo cual se envía poca sangre al cuerpo, aunque una persona entrenada puede tener menos sin que ello implique enfermedad. También puede ser habitual en personas que tomen fármacos para bajar la hipertensión arterial, que en pocas ocasiones sucede en deportistas.

El propio esfuerzo deportivo hace aumentar la necesidad de oxígeno de los músculos, por lo que se produce un incremento de la frecuencia cardiaca para transportar el oxígeno demandado a través del torrente sanguíneo. En relación al pulso podemos valorar como signos urgentes o importantes los siguientes:

- Cuando el tiempo que transcurre entre dos latidos es igual, se dice que el pulso es regular o rítmico. Si esta característica se pierde, aparecen las arritmias. Es un signo que puede indicar gravedad, no momentánea pero sí a vigilar.

Contemplaremos la llamada a los servicios de urgencias en los siguientes casos:

a) Taquicardia prolongada:

- **Niños y niñas (hasta 10 años):** más de 120 ppm en reposo se les debería trasladar a un centro sanitario.
- **En adultos:** más de 100 ppm. en reposo.

b) Bradicardia:

- **En niños y niñas (hasta 10 años):** por debajo de 75 ppm.
- **En adultos:** por debajo de 60 ppm y cuando sepamos que es una persona no entrenada.

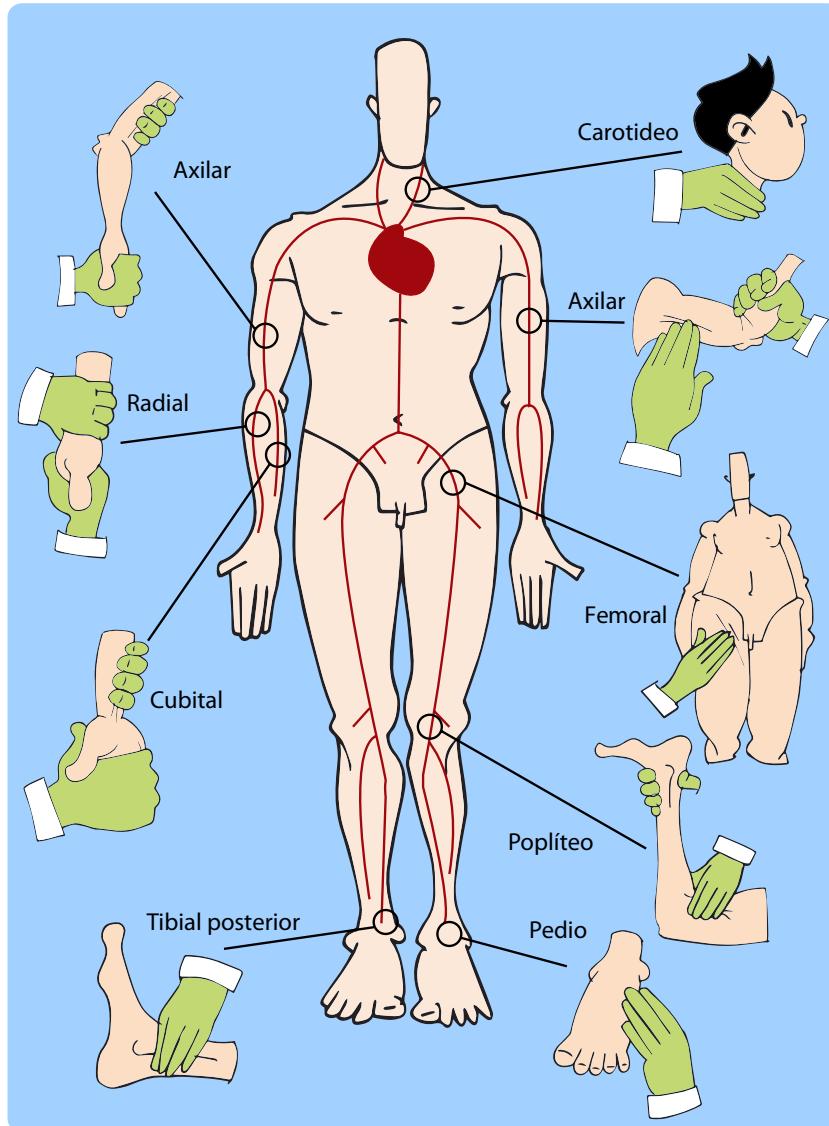


Gráfico 3. Localización de pulsos arteriales

Otras situaciones relacionadas indirectamente con el pulso son dignas de atención:

- **Lipotimia o desmayo:** es la pérdida de conciencia breve, superficial y transitoria, debida a una disminución brusca del flujo sanguíneo cerebral. En caso de encontrarnos con accidentados que no responden a ruidos pero sí al dolor y que no responden a ningún estímulo será necesaria la atención sanitaria especializada.
- **Hemorragias:** salida o derrame de sangre fuera o dentro del organismo como consecuencia de la rotura accidental o espontánea de uno o varios vasos sanguíneos. Si una vez aplicadas las pautas de actuación no somos capaces de reducir la hemorragia, hay que trasladar al accidentado con urgencia a un centro sanitario.

3. 3. Consciencia

Se verifica sometiendo al accidentado a distintos estímulos y viendo su respuesta; esto se concreta en una escala de medida llamada **Escala de Glasgow** que usa tres parámetros:

- **Respuesta ocular:** al preguntar al accidentado, se valora si abre o no los ojos.
- **Respuesta verbal:** capacidad para responder a preguntas de un auxiliador.
- **Respuesta motora:** capacidad para mover las extremidades o cabeza ante estímulos del exterior.

Si el paciente no suma más de 9 puntos en las 3 escalas, indica un caso de gravedad.

RESPUESTA OCULAR		RESPUESTA MOTORA	
Espontánea	4	Obedece órdenes	6
A estímulos verbales	3	Localiza el dolor	5
Al dolor	2	Retirada al dolor	4
Ausencia de respuesta	1	Flexión anormal	3
RESPUESTA VERBAL		Extensión anormal	2
Orientado	5	Ausencia de respuesta	1
Desorientado/confuso	4		
Incoherente	3		
Sonidos incomprensibles	2		
Ausencia de respuesta	1		
Puntuación:		15 Normal <9 Gravedad 3 Coma profundo	

Tabla 2. Puntuación de la escala de Glasgow

Valoración del nivel de conciencia a través de la escala de Glasgow



Otras valoraciones menos relevantes, pero no por ello menos importantes son:

3. 4. Temperatura

Se debe tomar con un termómetro en la axila o pegado a la espalda en inconscientes. Las cifras normales en la axila oscilan entre 36-37,5°C. Si la temperatura está por encima o por debajo se denomina:

- **Hipertermia:** temperatura superior a la normal. A partir de 37,5°C se considera como febrícula y fiebre a partir de 38°C. Cuando rebasa los 40-42°C, es una situación grave y peligrosa, sobre todo en niños porque existe el riesgo importante de convulsiones. La temperatura corporal sube cuando hacemos deportes o en casos de infección, también puede subir cuando estamos expuestos al sol de forma excesiva pudiendo llegar a producirse un golpe de calor o insolación.
- **Hipotermia:** temperatura demasiado baja. Es peligrosa por debajo de los 35,5°C. La temperatura alcanza estas cifras por una larga exposición al frío o al viento.

Para mantener constante la temperatura, existen múltiples mecanismos que están controlados por una parte de nuestro cerebro llamada hipotálamo, que es donde se realiza el control de la temperatura, produciendo escalofríos para subir la temperatura o sudoración para reducirla.

3. 5. Tensión arterial

Es el dato que mide la presión con la que circula la sangre en las arterias (la fuerza de impulso del corazón). Se requiere de un aparato específico para medirla, el esfigmomanómetro, aunque en los centros hospitalarios son automáticos.

En una persona joven, la máxima o sistólica oscila entre 110-130 mmHg y la mínima o diastólica de 60-80 mmHg. La tensión puede estar aumentada y se denomina **hipertensión**. Esta se define como una presión sistólica igual o superior a 150 mmHg y además, o independientemente, una presión diastólica igual o superior a 90 mmHg. Se considera un factor de riesgo que predispone a la aparición de enfermedades cerebrales, cardíacas y renales.

Cuando hay una disminución de los valores de la presión a 100-70 mmHg en la sistólica y a 40-20 mmHg en la diastólica, se llama **hipotensión**. Esta alteración es un síntoma causado por distintas situaciones patológicas: infecciones febriles, estados de shock, hemorragias masivas, quemaduras extensas y deshidratación (diarreas y vómitos).



3. 6. Relleno capilar

Da a conocer si la sangre llega a la periferia de nuestro cuerpo. Para realizar la valoración presionaremos la yema de un dedo, de modo que al soltar se debería recuperar la coloración de esa zona rápidamente (<2-3 segundos). Si es así se considera la irrigación como correcta, a no ser que la temperatura ambiente sea muy baja.

3. 7. Coloración de la piel

Existe una gran variación en la coloración de la cara y de toda la piel del cuerpo de unos individuos a otros. Sin embargo, en los estados patológicos las alteraciones de la coloración de las diferentes partes del cuerpo, apreciadas con objetividad, pueden ser muy útiles para el diagnóstico. El color de la piel, por simple inspección, puede ayudar a completar la valoración del paciente. La valoración y el color del lecho ungueal (la zona que hay debajo de las uñas) y la conjuntiva del ojo pueden dar información valiosa.

Los siguientes signos denotan parámetros de referencia:

- **Palidez:** suele ser signo de mala circulación periférica por estado de shock, agitación o pérdida de sangre.
- **Cianosis:** coloración azulada de la piel que indica una mala oxigenación de los tejidos.
- **Enrojecimiento excesivo:** puede ser un signo de exposición al calor.

A modo resumen se muestra esta tabla que recoge los signos vitales a valorar.

VALORACIONES RELEVANTES	VALORACIONES MENOS RELEVANTES
1. Respiración	4. Temperatura
2. Pulso	5. Tensión arterial
3. Consciencia	6. Relleno capilar
	7. Coloración de la piel

Tabla 3. Signos vitales a valorar

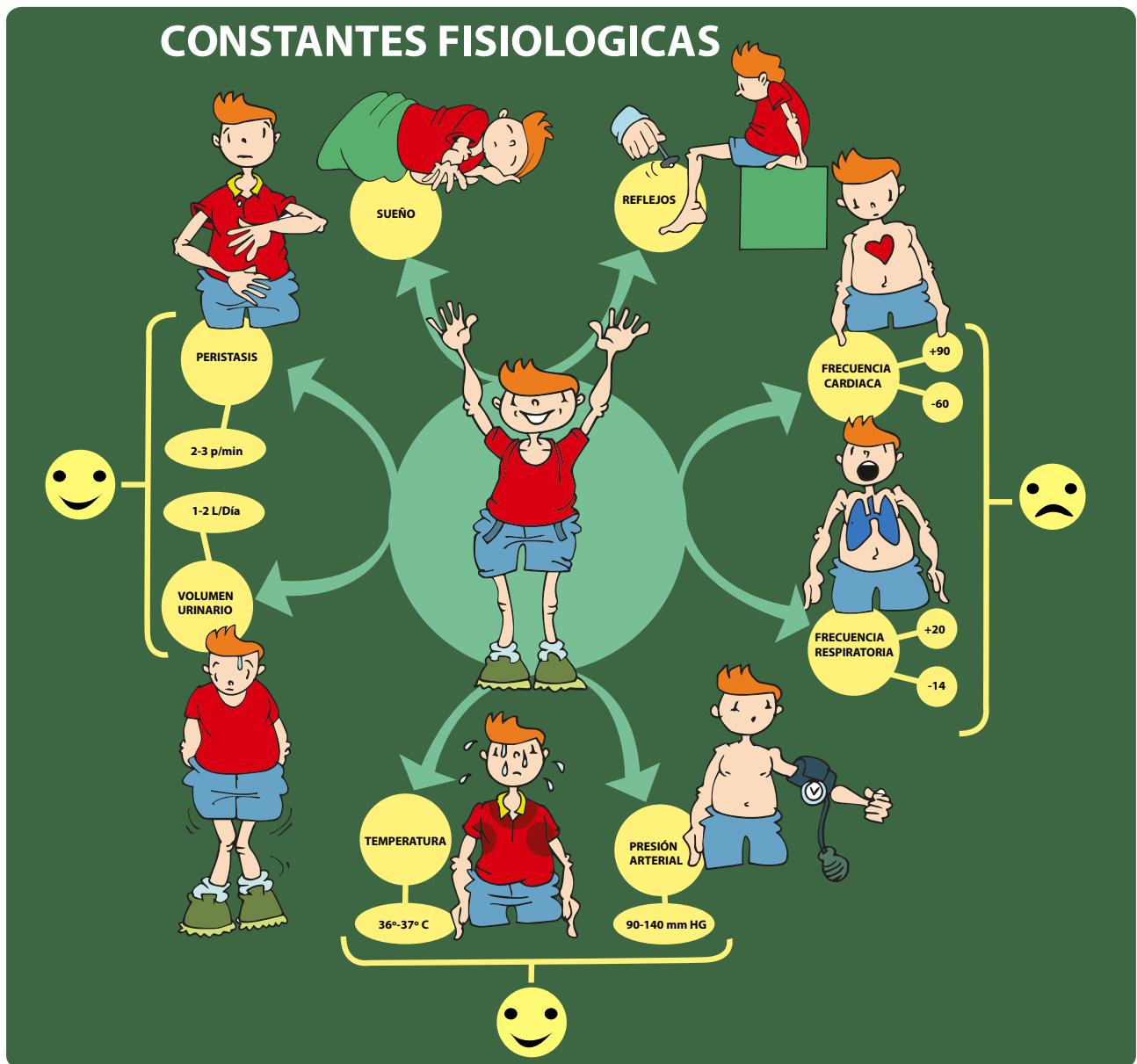


Gráfico 3. Valores normales en cada signo vital

4. SIGNOS FRECUENTES DE CONSULTA QUE INDICAN GRAVEDAD

En situaciones determinadas existen varios signos o síntomas que, además de precisar el aviso al 112, es necesario saber reconocer, incluso en nosotros mismos, que también somos potenciales pacientes. Se trata de una serie de signos o síntomas cuya identificación supone un motivo de alarma para en su caso valorar la necesidad de actuar.

SIGNOS DE ALERTA DE UNA POSIBLE URGENCIA O EMERGENCIA

- Pérdida de conciencia
- Dolor abdominal
- Dolor en el pecho

- Dolor intenso de cabeza
- Fatiga o dificultad para respirar
- Hemorragia importante

Tabla 4. Signos de alerta que requieren vigilancia especial

4.1. Pérdida de conciencia

El desmayo, también llamado síncope o lipotimia, es una pérdida brusca de conocimiento y de tono muscular de corta duración (segundos o minutos) con recuperación espontánea, que se debe a una disminución más o menos brusca del flujo sanguíneo que llega al cerebro. La mayoría de las veces no reviste importancia. Se puede producir un síncope —ortostático o postural— cuando una persona está sentada y se levanta de forma brusca o realiza un esfuerzo intenso en levantamientos muy pesados.

Las causas son muchas y variadas y siempre requieren consulta especializada. Los mareos pueden ocurrir por problemas cardíacos, neurológicos, por tener la tensión arterial baja, o por estímulos psicógenos desagradables como la visión de la sangre o el observar una aguja y una jeringuilla.

La pérdida de conciencia leve requiere atención no urgente, pero un estado de bajo nivel de conciencia o pérdida prolongada requiere alertar en seguida para tratar la causa.

4.2. Dolor en el pecho

El dolor torácico, sobre todo si es repentino o después de un esfuerzo es uno de los cuadros más frecuentes entre las urgencias, y puede llegar a ser una circunstancia de auténtica emergencia vital (infarto de corazón).

Se define como una sensación subjetiva de molestia importante (angustiosa, opresiva) en el tórax. El dolor torácico requiere una valoración y un diagnóstico con el fin de darle el tratamiento más adecuado.

Muchas pueden ser las causas de un dolor torácico: cardíacas, pulmonares, digestivas, ósteo-musculares e, incluso, psicosomáticas.

- Agudo y penetrante, o por el contrario opresivo y difuso, o si aumenta con la respiración o la palpación.
- Si tiene una localización fija o variable.
- Si se irradia o extiende hacia zonas típicas como las extremidades superiores, la zona entre los omóplatos o escápulas, el cuello y la mandíbula, o la zona del estómago.
- Si hay factores desencadenantes como el esfuerzo o el frío, o bien qué maniobras lo incrementan o disminuyen.

- Desde cuándo lo tiene y cuánto dura o ha durado el dolor. El dolor torácico se puede acompañar de una serie de síntomas, tales como sudoración, náuseas y vómitos, sobre todo, si es de origen cardíaco, fatiga, palpitaciones y mareo.

4.3. Fatiga o dificultad para respirar

La fatiga, también conocida como disnea, es la dificultad subjetiva para respirar. Es una situación vivida por el paciente como una angustiosa falta de aire, o como la imposibilidad de introducir aire en los pulmones. El paciente presenta una respiración trabajosa observable por las personas que lo rodean. Fue comentado anteriormente en el caso de la disnea.

4.4. Dolor abdominal

El dolor abdominal es siempre difícil de valorar por sus múltiples causas y por las maneras tan diversas que tiene de manifestarse. La forma en que el paciente vive este dolor y cómo lo refleja depende mucho de su capacidad para tolerarlo, de la edad y de los factores psicógenos que lo rodean.

Las causas suelen ser orgánicas por afectación de alguna de las vísceras abdominales, o bien por trastornos en el funcionamiento del aparato digestivo.

A veces se manifiesta de forma tan inespecífica y sutil, como algo banal y, sin embargo, puede ser de resultado catastrófico acabando con el paciente en un quirófano. De todos los casos de dolor abdominal a los que nos podemos enfrentar, el que requiere más nuestra atención es el «dolor abdominal agudo». Este se caracteriza por la aparición de un dolor en el abdomen de más de seis horas de evolución, que puede ir acompañado de otra sintomatología y que en su mayoría requiere tratamiento quirúrgico. En situaciones deportivas suele tener que ver con traumatismos.

4.5. Dolor intenso de cabeza

Dentro de los dolores que padece el ser humano, el dolor de cabeza es el más frecuente y el que a mayor número de personas afecta. El ejemplo más típico lo tenemos en las conocidas jaquecas o migrañas. En la mayoría de los casos obedece a un proceso sin una causa y una base estructural definida que suele ceder con algún analgésico o con el reposo. Sin embargo, en otras ocasiones obedece a lesiones en el sistema nervioso, concretamente en el cerebro, con un resultado y un pronóstico a veces incierto.

El dolor de cabeza o cefalea, como más técnicamente se le conoce, se define como aquel dolor o sensación dolorosa que el paciente localiza entre la zona de las órbitas de los ojos y la región occipital o de la nuca.

De todos los dolores de cabeza, el que más nos interesa como signo de alarma de una posible urgencia o emergencia es aquel que se manifiesta de forma brusca o aguda y que se acompaña de uno o varios síntomas como:

- Pérdida de conciencia transitoria o mantenida.
- Convulsiones o movimientos anormales.
- Déficit en la sensibilidad o en el movimiento de alguna parte del cuerpo.
- Alteraciones de la marcha.
- Molestias en la visión, como ceguera de un solo ojo.

4.6. Hemorragia importante

Esta situación provocará una situación de shock hipovolémico que será tratada dentro del tema en una actividad posterior.

5. VALORACIÓN PRIMARIA ABC(D)

Valoración primaria. De los signos vitales. Protocolo ABC



La evaluación inicial de un accidentado consiste en realizar una **valoración global** de su estado, al objeto de determinar el alcance de sus lesiones. Esto, a su vez, nos permitirá establecer las prioridades de actuación y adoptar las medidas necesarias en cada caso. Es fácilmente deducible que la atención inicial a los accidentados en situaciones de urgencia requiere una actuación sistemática, rápida y precisa cuyo objetivo es identificar situaciones de riesgo vital, con el fin de mantener o restituir las funciones vitales iniciando de forma precoz las medidas de resucitación adecuadas.

El primer interviniente o auxiliador debe respetar la conducta PAS (Proteger, Alertar y Socorrer) y, en segundo lugar, seguir el método de valoración inicial ABC, que es un estándar o protocolo de tratamiento que sirve en general para cualquier situación de urgencia o emergencia.

Tener presente el ABC supone establecer prioridades para atender en primer lugar aquellas alteraciones que supongan un riesgo vital, al tiempo que se sistematiza y facilita la primera intervención.

Ante estas situaciones, una vez asegurado el lugar e informado al 112, es importante evaluar la conciencia y los signos vitales del accidentado.

La ausencia de conciencia puede constituir un signo de enfermedad o de lesión grave, según los casos, y siempre es un signo de alerta de urgencia o emergencia.

5.1. Plan de prioridades

La **valoración ABC** tiene las siguientes **fases**:

A: mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea y con control de la columna cervical; vigilar la posible obstrucción de la vía aérea limpiando la boca de cuerpos extraños y posible caída de la lengua.

B: valoración de la respiración. Ver, oír y sentir (**VOS**).

C: valoración de la circulación y control de hemorragias severas. Comprobación del pulso y búsqueda de hemorragias. Buscamos pulso carotideo, en caso de ausencia se comenzará a realizar RCP.

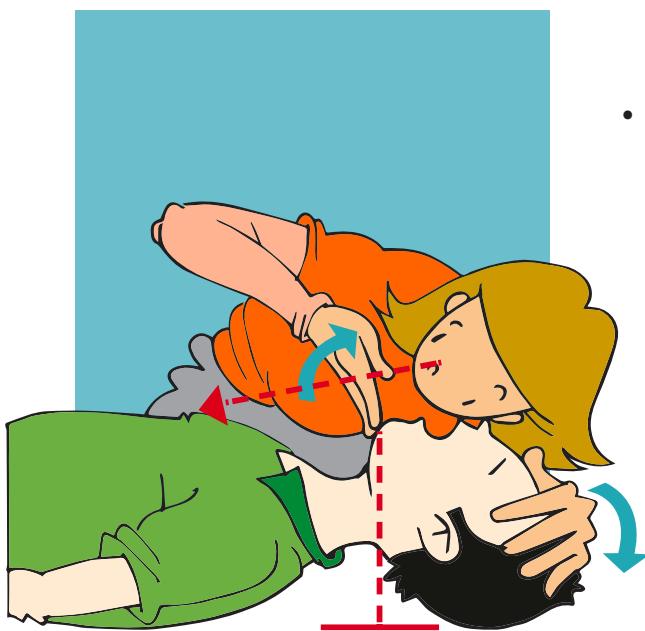
D: valoración de la conciencia o déficit neurológico.

A. Apertura de la vía aérea (A: Airway)

Tenemos que asegurarnos de que la vía aérea está permeable y que la lengua, en caso de inconsciencia al relajarse, no nos está obstruyendo la vía aérea.

Esto ocurre por la relajación muscular que genera la caída de la lengua hacia atrás.

La apertura de la vía aérea se realizará de distintas formas dependiendo del tipo de deportista, lesión que padezca y el material de que dispongamos:



- **Maniobra frente-mentón:** de esta forma y usando como puntos de apoyo la frente y el mentón del paciente, realizaremos la hiperextensión del cuello. Nunca la utilizaremos cuando nos encontramos ante un lesionado medular. Además de abrir la vía aérea, debemos valorar la existencia de cuerpos extraños que estén obstruyendo o puedan llegar a obstruir el paso del aire. Solo extraeremos aquellos cuerpos que realmente observemos y, de los cuales, tengamos verdadera certeza de poder alcanzar.

Cuando nos encontramos ante un paciente con posible lesión medular, daremos prioridad a la estabilización y control cervical.

B. Respiración-ventilación (B: Breathing)

Consiste en valorar si el paciente respira o no, y el tipo de respiración que posee:

- **Ver:** si se eleva su pecho.
- **Oír o escuchar:** la salida y entrada del aire por su boca y nariz al chocar contra nuestro oído y pabellón auricular.
- **Sentir:** el aire que el paciente expulsa sobre nuestra oreja y pómulo.

Para hacer esto nos colocaremos lateralmente al paciente y pondremos nuestra mejilla cerca de su boca. Las características de esta posición nos facilitan poder seguir el **VOS (Ver, Oír, Sentir)** simultáneamente. Al mismo tiempo, la piel de la mejilla está muy vascularizada y tiene multitud de terminaciones nerviosas por lo que tiene una alta sensibilidad para denotar aire exhalado.

C. Circulación-FC-Pulso (C: Circulation)

Debemos valorar la existencia o no de pulsos centrales y/o periféricos. Manualmente podemos tomar el pulso en diferentes zonas del cuerpo; carotideo, femoral y radial entre otros. Estos puntos son fáciles de localizar y son muy buenos indicadores de la situación hemodinámica del herido, aunque en situaciones graves es difícil localizar pulsos periféricos y debe acudirse a pulsos centrales.

Los pasos a seguir para tomar el pulso son utilizar la yema de los dedos índice y corazón (nunca nuestro pulgar, pues la arteria que pasa por él puede hacernos sentir nuestro propio pulso) y con ellos oprimiremos suavemente la arteria seleccionada. Contaremos el número de latidos que sentimos en 1 minuto, o en 30 segundos. Si elegimos esta última opción, multiplicaremos el resultado por dos para obtener las pulsaciones por minuto.

No se recomienda contar pulsaciones durante menos tiempo de los 30 segundos ya que no es posible apreciar las variaciones del ritmo, pudiendo ser la frecuencia errónea. Cualquier maniobra terapéutica se debe realizar en el momento de identificar el problema y no al final de la valoración inicial.



D. Valoración Neurológica (consciencia)

Valorar a través de la escala de Glasgow los puntos del nivel de conciencia en relación a:

- Respuesta ocular.
- Respuesta verbal.
- Respuesta motora.

Otros tres factores pueden agravar el peligro en poco tiempo, como ya vimos anteriormente y generar bajo nivel de conciencia:

- Presencia de hemorragias.
- Fracturas en cuello o traumatismos en la cabeza.
- Presencia de dolor agudo.

Nota: Algunos protocolos prácticos proponen una secuencia diferente de intervención respecto al ABC(D), que acabamos de describir. De manera que una parte de la valoración neurológica se hace en primer lugar. Nos referimos a la valoración de la conciencia.

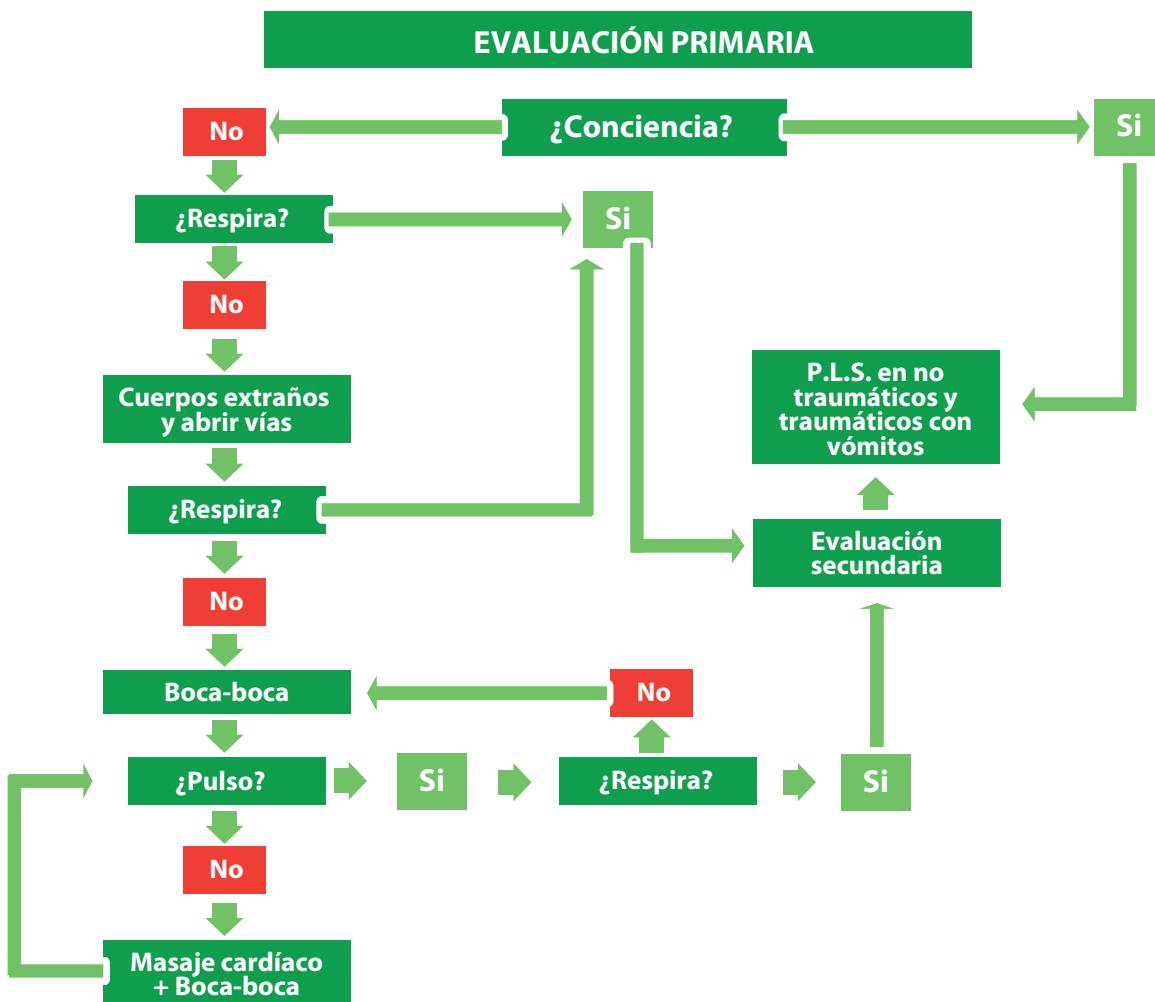
La valoración neurológica globalmente comprende dos partes:

- En la primera, se verá si el sujeto accidentado está consciente (relación directa con el **Sistema Nervioso Central**). Esta es la parte que algunos protocolos anteponen como lo inmediato a realizar cuando se socorre.
- La segunda, relacionada con la movilidad, sensibilidad, sensaciones motoras, temperatura de las extremidades...

Destacamos como resumen un **algoritmo básico de actuación en las situaciones de urgencia vital**. La secuencia sería la siguiente al encontrarnos a la víctima:

- **¿Está consciente?** Le preguntaremos al accidentado cómo se encuentra, si sabe lo que ha sucedido; si no nos responde ni se mueve, casi seguro que está inconsciente.
- **¿Respira?** Intentaremos sentir, ver y oír su respiración; nos acercaremos a la boca y nariz del accidentado, mientras nos fijamos en si su tórax realiza movimientos ascendentes y descendentes.
- **¿Tiene pulso?** Lo más eficaz es intentar escuchar el latido de su corazón, colocando nuestro oído en su tórax. Una vez realizadas las primeras actuaciones debemos proseguir con los primeros auxilios (PA), en función de la información recabada anteriormente.

- Si está consciente y respira de forma correcta, **revisaremos y evaluaremos el resto del cuerpo en busca de posibles lesiones**.
- Si está consciente y respira con dificultad, comprobaremos si pudiera sufrir la **obstrucción de la vía aérea** a través de las maniobras correspondientes.
- Si está inconsciente pero respira, colocaremos al accidentado en **posición lateral de seguridad** (eliminando posibles secreciones), aunque previamente nos aseguraremos de que no sufre ningún problema en la columna vertebral o en la cabeza.
- Si está inconsciente y no respira, revisaremos si tiene bloqueada la vía aérea, y dependiendo de esta información, **sobre todo si no tiene pulso**, deberemos proceder a las maniobras de RCP.



6. RESOLUCIÓN DEL CASO PRÁCTICO

1. ¿Qué debería hacer Mario para identificar que le ha sucedido al runner? Justifícalo.

Por la situación descrita parece que el runner ha sufrido un desmayo, síncope o situación más grave. Parece que el runner no responde a estímulos verbales ni táctiles. Seguro que está inconsciente, ahora debemos valorar si está en PCR valorando la respiración y circulación.

En este caso es necesario, como se ha visto, realizar una valoración primaria del paciente fundamentalmente de sus signos vitales, respiración y circulación. Deberíamos completar la actuación de Mario comenzó, que comenzó valorando su nivel de conciencia sin respuesta. Por lo tanto, si procediéramos con el protocolo ABC, deberíamos continuar realizando la maniobra frente-mentón para abrir la vía aérea, realizar el VOS para ver si respira e intentar localizar su pulso en el cuello.

El paro cardiorrespiratorio, consistente en el cese de la actividad mecánica cardíaca, se diagnostica ante la falta de conciencia, latido cardíaco y respiración.

2. Suponiendo que al valorar Mario al runner respira y encuentra pulso en su cuello, ¿qué acciones debería realizar?

A parte de la valoración descrita y volviendo al tema anterior, Mario deberá poner en funcionamiento el protocolo PAS y proteger al corredor de otros peligros, aunque no parece un entorno con riesgo. Utilizar el móvil para llamar al 112 y en función de la valoración actuar de la siguiente manera:

- Respira y tiene pulso, se procedería a colocar al corredor en posición lateral de seguridad.
- Si no respira y no tiene pulso, se iniciarían las maniobras de RCP (fundamentalmente como veremos más tarde, masaje cardiaco).

3. Transcurridos unos minutos, Mario valora nuevamente al runner y observa que no respira aunque aún tiene pulso, ¿qué acciones debería realizar ahora?

En función del nivel de atención, deberíamos arropar y tapar a la víctima a la espera del 112 si respira y tiene pulso, si no, la principal atención es la RCP y pedir ayuda para buscar un desfibrilador.

Si el corazón deja de latir y los pulmones dejan de ventilar se produce un paro cardiorrespiratorio. Si no somos capaces de sustituir y restaurar la circulación y la respiración hasta la llegada de ayuda especializada, cada minuto que pase disminuirán las probabilidades de sobrevivir y aumentará el riesgo de muerte, o de invalidez permanente.

El conjunto de medidas aplicadas para revertir el proceso se denomina **resucitación cardiopulmonar**.

Es importante saber que cuanto antes se lleven a cabo las **maniobras de RCP**, mejor será el pronóstico para la vida del paciente.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Agreda, V. (2005). *Anatomía topográfica y actuación de urgencia*. Barcelona, España: Paidotribo.
- Barrera, J. (2005) *Prevención de Riesgos en las Actividades Físicas*. Málaga,
- España: Instituto Andaluz del Deporte. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía.
- Cruz Roja Española. (2008). *Formación en socorros. Socorrismo y Primeros Auxilios*. Madrid, España: El País Aguilar.
- Gutierrez, E y Gomez, JL. (2012). *Actuación general en primeros auxilios*. Madrid, España: Editex.
- Jiménez, L., Montero F.J. (2010). *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. Barcelona, España: Elsevier.
- Moratal, R: (2002) *Manual de Protocolos de Emergencias Extrahospitalarias*. Madrid, España: Arán.
- Universidad de La Rioja (2017). *Manual de Primeros Auxilios*. Recuperado de: https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf



TEMA 10. ATENCIÓN AL DEPORTISTA LESIONADO (I)

Libros:

- Atención a lesiones osteoarticulares por traumatismos.
- Lección de traslados e inmovilización.

Atención a lesiones osteoarticulares por traumatismos

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csed.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148960)

Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06

Libro: Atención a lesiones osteoarticulares por traumatismos

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano

Día: lunes, 2 de junio de 2025, 16:44

Descripción

Libro conceptual del tema 10

Tabla de contenidos

1. VALORACIÓN SECUNDARIA: LOCALIZACIÓN DE LESIONES

2. TRAUMATISMOS MÉCANICOS: TRANSTORNOS OSTEOARTICULARES. CONCEPTO Y VALORACIÓN

2.1. Contusiones

2.2. Fracturas

2.3. Luxación

2.4. Esguinces

2.5. Lesiones musculares

3. ATENCIÓN TRASTORNOS OSTEOARTICULARES

3.1. Atención a fracturas

3.2. Atención a posibles luxaciones

3.3. Atención a posibles esguinces

3.4. Atención a posibles lesiones musculares

4. VALORACIÓN DE TRASTORNOS DERIVADOS DE AGENTES MECÁNICOS. LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS: HERIDAS, HEMORRAGIAS Y CONTUSIONES

4.1. Contusión de tejidos blandos

4.2. Heridas

4.3. Hemorragias

4.4. Lesiones en ojos, oídos y nariz

5. ATENCIÓN A TRASTORNOS VASCULARES PROVOCADOS POR AGENTES MECÁNICOS: HERIDAS Y HEMORRAGIAS

5.1. Atención a las contusiones

5.2. Atención a las heridas

5.3. Atención a las hemorragias

6. BIBLIOGRAFÍA

1. VALORACIÓN SECUNDARIA: LOCALIZACIÓN DE LESIONES

Cuando en un accidentado entendemos que no existe un importante riesgo vital, lo que implica que se han valorado positivamente la respiración, circulación y nivel de conciencia (valoración primaria), se debe realizar un examen detallado para determinar el alcance de los trastornos ocurridos. A esto se llama **valoración secundaria**. Para ello mantendremos un orden lógico que habitualmente suele ser de cabeza a los pies, buscando los siguientes síntomas:

- **Cabeza:** buscar heridas en cara y cuero cabelludo, fracturas o lesiones oculares, asimetrías en la cara o inflamaciones, salida de sangre por nariz y/o oídos.
- **Cuello:** buscar deformaciones, bultos o inflamaciones. Evitar movimientos de flexión, extensión o rotación cervical. En todo momento la cabeza y el cuello deben estar alineados, inmovilizados y en posición neutra.
- **Tórax:** valorar si existe dificultad respiratoria (disnea) a causa de contusiones, heridas, hemorragias...o movimiento anormal en el pecho o dolor.
- **Abdomen:** si la pared abdominal está blanda, depresible o rígida (a esto se llama vientre en tabla o defensa abdominal), que podría suponer hemorragias internas, heridas...
- **Extremidades:** buscar posibles fracturas, esguinces, luxaciones, heridas, etc., identificando si existe diferencia de color o temperatura de una extremidad a otra o movilidad anormal o reducida de brazos o piernas.

El auxiliador debe seguir un esquema de actuación donde revise:

- Si la víctima refiere sus **síntomas principales** como dolor, falta de aire, debilidad, falta de fuerza, perdida de sensibilidad, y cómo se comportan en el tiempo esos síntomas (reciente aparición, aumentan, ya los tenía...). En ocasiones, hablar con el herido y preguntarle, le calma y tranquiliza (aunque valoremos primero los síntomas y no los signos).
- Búsqueda de **signos relativos a los síntomas**, como sangrados, movimientos anómalos en el tórax, asimetrías en la cara, quemaduras, abrasiones o heridas, objetos clavados o movilidad anormal en extremidades.
- Debemos realizar una pequeña **encuesta o entrevista** sobre el suceso que puede incluir:
 - Orientación tempo-espacial del paciente. Preguntar:
 - **¿Dónde está? ¿Qué le ha pasado? ¿Cómo se llama? ¿Dónde vive?**
 - Preguntar sobre los antecedentes personales, en busca de problemas que puedan agravar la situación (ejemplo: el herido es hipertenso o diabético, etc.) o toma fármacos habitualmente para un problema.

Relacionada con la valoración secundaria, analizaremos a continuación los trastornos que, sin carácter urgente, pueden aparecer.



Gráfico 1. Dolor y hormigueo en el brazo

2. TRAUMATISMOS MÉCANICOS: TRANSTORNOS OSTEOARTICULARES. CONCEPTO Y VALORACIÓN

En general denominamos **traumatismo** a aquellas lesiones que se producen en el organismo como consecuencia de la transferencia de energía por una fuerza externa aplicada con violencia hacia el cuerpo humano.

Habitualmente los traumatismos mecánicos son los más frecuentes y los que más lesiones y accidentados producen. Los factores que intervienen y determinan la lesión provocada son:

- La fuerza, objeto que impacta, modo y dirección del impacto.
- Sucesión de impactos encadenados.
- Superficie y profundidad corporal afectada.
- Tiempo de exposición sin tratamiento adecuado, siendo más grave cuanto mayor sea cada uno o se sumen.

Los accidentes de tráfico, los accidentes laborales y los que se producen durante las actividades deportivas de ocio y de recreo, constituyen un buen ejemplo. Sus manifestaciones más habituales se conocen con los nombres genéricos de contusiones, fracturas, esguinces y luxaciones.

Generalmente el traumatismo y la fuerza que lo acompaña, que depende mucho de la velocidad, genera otras complicaciones como pequeñas hemorragias, visibles o no y heridas que veremos en el siguiente capítulo.

2.1. Contusiones

Una **contusión** es una lesión producida por un agente traumático que actúa sobre la superficie del organismo y que, a diferencia de las heridas, el agente causa un daño sin romper la integridad de la piel. Los síntomas que produce son **dolor**, **inflamación** y, según la intensidad del golpe o impacto, pueden llegar a producir un **hematoma**, incluso pequeñas hemorragias.

2.2. Fracturas

Una fractura es la rotura de un hueso. El punto donde el hueso está roto, parcial o totalmente, se denomina foco de fractura. El mecanismo de rotura puede ser directo o indirecto.

El mecanismo de rotura es directo cuando la fractura asienta en el lugar del golpe, y decimos que es indirecto cuando la fractura no coincide con el lugar donde se halla el trauma, pudiendo darse en este caso tres circunstancias o situaciones:

1. **Por transmisión a distancia:** el lugar de aplicación del agente traumático no coincide con el punto de fractura.
2. **Por contracción muscular:** un movimiento poderoso y brusco de la musculatura puede arrancar un fragmento óseo. Habituales en adolescentes sucede por el crecimiento, como son los casos de **avulsión**¹ o arrancamientos en la pelvis.
3. **Por sobrecarga:** múltiples traumatismos repetidos sobre la misma zona pueden originar una fractura por fatiga o de estrés, sin que necesariamente ninguno de ellos sea un traumatismo poderoso. Es especialmente relevante en el ámbito deportivo en los huesos del arco plantar.

Aquí exponemos una simple clasificación aplicando criterios simples y de utilidad a la hora de tomar decisiones sobre las medidas de primeros auxilios a aplicar.

Se pueden distinguir en:

- **Fracturas abiertas:** cuando alguno de los fragmentos óseos de la fractura, atraviesa desde el interior la piel de la zona correspondiente a la lesión, produciendo una herida que no suele sangrar habitualmente o es poco profusa.
- **Fracturas cerradas:** la piel permanece intacta en torno al lugar de la fractura.

Por otra parte, algunas fracturas pueden además afectar no sólo al hueso, sino a las superficies articulares, acompañándose de cierto grado de luxación, lo cual explica algunas deformidades de miembros fracturados, ya que requieren un tratamiento precoz para evitar complicaciones como la afectación de vasos o próximos a la lesión.

Sus signos y síntomas más frecuentes son:

- **Dolor** que aumenta con la movilización del miembro roto.
- **Deformidad de la zona**, que puede variar desde una simple hinchazón, hasta la pérdida de alineación del miembro roto e, incluso, acortamiento del mismo cuando haya un encabalgamiento entre los fragmentos rotos.
- **Impotencia funcional** acusada en la región corporal afectada.

Estas lesiones pueden llevar asociadas, entre otras, las siguientes complicaciones:

- Posibilidad de lesión en las partes blandas adyacentes: vasos sanguíneos, nervios, etc.
- Hemorragia en el foco de la fractura, bien sea por la lesión de los vasos próximos o por la rotura del propio hueso.

En el siguiente vídeo se muestra cómo prestar la atención adecuada a una persona que ha sufrido una fractura de hueso:



Gráfico 2. Fractura abierta en la rodilla

02:32

PRIMEROS AUXILIOS. FRACTURAS

1. Avulsión: se llama fractura por avulsión a la lesión ósea en la cual un fragmento del hueso es extirpado por la acción de un tendón o de un ligamento. Una lesión de avulsión, por su parte, alude a la pérdida de la piel a partir de la abrasión.

2.3. Luxación

La **luxación** es la separación permanente de las superficies de contacto (superficies articulares) de los huesos que forman parte de la articulación, cuando se somete esta a un movimiento anormal. Casi siempre las luxaciones son la consecuencia de un esguince en su grado máximo donde, tras sobrepasar la elasticidad de las fibras de los ligamentos de esa articulación, estos se rompen dejando una deformidad, al tiempo que inestabilidad articular. Se acompaña de rotura de los ligamentos y de la cápsula articular.

Se suele hablar de subluxación cuando la separación de los huesos es parcial. En este caso, existe contacto parcial entre los huesos que forman parte de la articulación. El hueso se desencaja de la articulación, pero al momento vuelve a su cavidad. Los síntomas de una luxación aparecen con mayor o menor intensidad, según la gravedad de la lesión. Estos síntomas son:

- **Dolor intenso.**
- **Hinchazón o edema.**
- **Impotencia funcional** (dificultad de movimientos).
- **Deformidad.**

2.4. Esguinces

Los **esguinces** son la distensión (alargamiento) o, en ocasiones, el desgarro de uno o más ligamentos que forman parte de una articulación. Es un término que también puede aplicarse a los músculos. En general, los ligamentos tienen poca elasticidad con el fin de que la articulación esté estable y no se mueva libremente durante el ejercicio.

La forma más habitual de producirse un esguince es al forzar la articulación y sobrepasar la resistencia del ligamento, como ocurre en un movimiento inesperado, o con un apoyo brusco en mala posición. Se describen tres grados de esguince en función de su gravedad:

- **Primer grado:** distensión leve.
- **Segundo grado:** distensión grave.
- **Tercer grado:** rotura de ligamentos.

A continuación, se muestra un vídeo sobre cómo actuar ante un esguince:



01:37

PRIMEROS AUXILIOS. ESGUINCES

Los signos y síntomas de un esguince son:

- **Enrojecimiento.** Está producido por la congestión sanguínea debida a la vasodilatación.
- **Calor.** La vasodilatación produce un mayor flujo de sangre a la zona y un aumento de la temperatura local.
- **Hinchazón o edema.** Es el incremento de volumen que sufre la zona. Al producirse un aumento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos, parte del plasma sale de los vasos hacia el área lesionada, llegando a ser mayor el volumen porque el tejido muscular y conjuntivo es elástico.
- **Dolor.** Es un síntoma provocado por la distensión de los tejidos y la consiguiente estimulación de los receptores de dolor allí instalados. La distensión de los tejidos está causada por la salida de líquido de los vasos sanguíneos. Casi siempre que se produce un esguince, sobre todo en los casos graves, la lesión del ligamento genera inestabilidad articular y, por tanto, la falta de control sobre la articulación, permitiendo movimientos más amplios de lo normal. Si no cesa inmediatamente la actividad, la probabilidad de lesionar por completo el ligamento, o llegar incluso a la luxación articular, es muy elevada.

2.5. Lesiones musculares

Las **lesiones musculares** suelen estar relacionadas en su mayoría con la práctica de la actividad física y el deporte, aunque también se producen con menor frecuencia en el ambiente laboral o como consecuencia de agresiones. Estas lesiones pueden tener un origen primario o secundario:

- La **lesión primaria** deriva directamente de un traumatismo sufrido durante la práctica de una actividad física-deportiva o laboral. Los factores causales primarios pueden ser extrínsecos o intrínsecos. Son factores extrínsecos el contacto corporal entre jugadores, el uso de material deportivo, como raquetas y bastones, los vehículos o aparatos, las herramientas, etc. Se consideran factores intrínsecos aquellos que son el resultado del propio esfuerzo del deportista o del trabajador (desgarros, distensiones, sobrecargas, etc.).
- La **lesión secundaria** parte de una lesión previa que, o no fue valorada y tratada inicialmente de forma adecuada, o no se guardó el tiempo óptimo de recuperación para esa lesión, habiendo retornado prematuramente a la actividad física o laboral.

Los **tipos de lesiones** son: contusión, calambre, distensión o contractura y desgarro muscular (rotura de fibras).

- La **contusión** se origina cuando un agente traumático choca contra el músculo o grupo muscular, y lo comprime contra la estructura ósea, provocando la rotura de pequeños vasos y hemorragia en el punto traumatizado.
- El **calambre** es una contracción involuntaria y mantenida de un músculo, o de varios grupos de fibras musculares, como consecuencia de la realización de un sobreesfuerzo. Los signos y síntomas son: dolor agudo, sensación de tensión y dureza en la zona, así como pérdida de movilidad.

En el siguiente vídeo se explica cómo se produce y cómo actuar ante un calambre:



01:22

PRIMEROS AUXILIOS. CALAMBRES

- La **distensión o contractura** se produce cuando un músculo es sometido a una extensión excesiva. Cuando se supera la capacidad elástica y los límites fisiológicos del músculo, se puede producir un tipo de lesión leve, en principio, llamado tirón muscular. Si se supera ese límite elástico como consecuencia de un abuso en el gesto, se pueden producir desgarros incompletos de tejido muscular. Los signos y síntomas son: dolor agudo en la zona lesionada, hematoma en algunos casos, pérdida de función de la parte afectada y espasmo muscular como defensa orgánica.
- La **rotura o desgarro muscular** es la pérdida de continuidad de un músculo, que puede ir desde la rotura de algunas fibras, hasta la rotura completa de todos los haces de fibras del músculo o grupo de músculos en cuestión. Los signos y síntomas dependerán del grado de afectación del músculo:
 - **Dolor agudo o punzante** en el momento de la lesión. Si la rotura es parcial, el dolor puede inhibir la contracción muscular.
 - Cuando la rotura es total, el músculo no puede contraerse. Puede producirse **espasmo muscular y deformidad** en el relieve anatómico del músculo. A partir de las 24 horas pueden aparecer signos de hemorragia en el interior del tejido muscular.

En la mayoría de las ocasiones, casi todos los síntomas de las anteriores lesiones son muy parecidos.

La siguiente tabla servirá de ayuda para distinguirlos:

HEMORRAGIAS. Pronóstico

ESQUEMA QUE REALICONA LOS SÍNTOMAS DE LAS PRINCIPALES LESIONES TRAUMÁTICAS DEL APARATO LOCOMOTOR				
LESIÓN SÍNTOMAS	FRACTURAS	LUXACIONES	ESGUINCES	DESGARROS
FRACTURAS	Localizado en la zona lesionada; aumenta con la movilización.	Localizado en la articulación; aumenta con el movimiento y la inflamación.	Localizado en la articulación; aumenta con la palpación.	Dolor súbito, con sensación de tirón.
IMPOTENCIA FUNCIONAL	Incapacidad de movimientos.	Imposibilidad de movimientos.	Relativa al grado del esguince.	Gran incapacidad.
INFLAMACIÓN	En el sitio de la lesión, producido por la acumulación de líquidos (inflamación, hemorragia) con respuesta al trauma.		Variable según la gravedad.	
COLORACIÓN	Enrojecimiento y amorotamiento de la zona afectada.	Enrojecimiento y amorotamiento de la zona afectada.	Enrojecimiento y amorotamiento de la zona afectada.	Enrojecimiento y amorotamiento de la zona afectada.
CREPITACIÓN	Chasquido producto por el roce de los fragmentos óseos.			

Tabla 1. Diferencias entre los principales síntomas en lesiones traumáticas

3. ATENCIÓN TRASTORNOS OSTEOARTICULARES

Casi todas las lesiones músculo-esqueléticas (músculos, huesos, tendones, ligamentos, articulaciones, nervios y tejido conjuntivo) se pueden tratar por el protocolo PRICE. En el 90% de los casos la aplicación de este acrónimo, nos llevará a la actuación adecuada:

- **Protección:** aunque pueda resultar evidente, es muy importante que la zona afectada no reciba más daño y empeore la lesión. Esto se puede realizar mediante alguna órtesis (tobilleras, muñequeras...) o un vendaje. En caso de encontrarse al aire libre y no disponer de ningún material también se improvisar un entabillado de la zona afectada. La inmovilización es una parte fundamental para no agravar la lesión y reducir el dolor.



04:05

INMOVILIZACIÓN. FIRST AID TV

- **Reposo:** es importante el descanso de la zona afectada y generar la disminución/eliminación del dolor, que puede empeorar la cicatrización.
- **Hielo (Ice):** produce vasoconstricción y analgesia. Hay que tener cuidado con la duración de las aplicaciones, ya que depende de la capa de grasa subcutánea que haya según la zona corporal. El hielo en sí no puede reparar el daño, pero aplicado justo después de la producción del trauma o lesión, se evitará la producción del edema (hinchazón) y sus posteriores secuelas. En las primeras horas se puede aplicar 10-15 min / 2-4 horas.



Gráfico 3. Hielo y compresión, dos medidas del protocolo PRICE

- **Compresión:** produce una reducción de la inflamación. La mejor manera de conseguir esto es mediante el vendaje elástico circular, que ejerce una presión firme y regular. Esta compresión favorece la reabsorción de líquidos. Su máximo beneficio comienza cuando aparece la inflamación y mientras éste sigue presente.
- **Elevación:** tiene que ser por encima del nivel del corazón para favorecer el drenaje venoso. Con ello se consigue cambiar las presiones dentro y fuera de los vasos sanguíneos, y también al elevar la zona afectada se aumentan las presiones que causan la entrada de líquido a los capilares de los vasos (reabsorción del edema). Debe realizarse de manera inmediata, ya que retarda la producción de la inflamación mientras espera otros cuidados.

3.1. Atención a fracturas

Debemos tener especial cuidado en el caso de fracturas, extremando estas medidas y no desplazando al herido para intentar inmovilizar la zona de la fractura en posición anatómica.



01:28

INMOVILIZACIÓN DE UNA FRACTURA EN EL BRAZO

En caso de fractura abierta, se debe tratar como una herida o hemorragia y trasladar a un centro sanitario lo antes posible cuando esté inmovilizada, aunque, a veces, merece la pena esperar la ayuda especializada con férulas adecuadas.

¿QUÉ HACER ANTE UNA POSIBLE FRACTURA?

1. *No movilizar al accidentado si no es absolutamente necesario (existencia de riesgo para la vida), evitando así agravar la fractura.*
2. *Retirar anillos, relojes y pulsera, en el caso de fracturas de miembros superiores.*
3. *Explorar la movilidad y la sensibilidad de los dedos de la extremidad donde asienta la fractura*
4. *Inmovilizar la parte fracturada (sin forzar ni reducir), incluyendo las articulaciones adyacentes, con algún tipo de férulas, evitando siempre movimientos bruscos de la zona dañada.*
5. *Procurar el traslado de la víctima a un centro sanitario para su tratamiento definitivo, una vez inmovilizada la fractura.*
6. *En caso de fracturas abiertas cubrir la herida con apósitos estériles o limpios, antes de proceder a su inmovilización y, si existe hemorragia, cohibirla bien por compresión local o mediante los puntos de compresión arterial.*

3.2. Atención a posibles luxaciones

Son muy típicas y llamativas las luxaciones del hombro y, como norma general, casi todas requieren atención hospitalaria para valorar las posibles lesiones añadidas y la colocación y reducción de la articulación a su estado fisiológico.

¿QUÉ HACER ANTE UN ESGUINCE O LUXACIÓN?

1. *Inmovilizar la articulación afectada en la posición en la posición en que se encuentre, mediante un vendaje almohadillado, elástico y compresivo.*
 2. *Elevar el miembro afectado y mantenerlo en reposo.*
 3. *Aplicar frío local.*
 4. *Trasladar a la víctima a un centro sanitario para su valoración.*
-

3.3. Atención a posibles esguinces

Los esguinces de tobillo constituyen una de las patologías más frecuentes de todo el sistema músculo-esquelético, estimándose su incidencia en un caso por cada 10.000 habitantes y día. La localización más frecuente de la lesión es el ligamento lateral externo y dentro de los tres haces que constituyen el mismo, el más habitualmente afectado es el anteromaleolar o ligamento peroneo-astragalino anterior.

Cuando es así, el paciente sufre dolor por debajo y delante del extremo más saliente del maleolo peroné, observándose normalmente un importante edema alrededor de la zona más sensible, aunque con cierta frecuencia no se encuentra relación entre el grado de edema y la gravedad de la lesión.

En el siguiente vídeo se muestra cómo proceder ante un esguince:



01:12

ESGUINCE O TORCEDURA DE TOBILLO

¿QUÉ HACER ANTE UN POSIBLE ESGUINCE?

1. *Inmovilizar la articulación afectada en la posición en que se encuentre, mediante un vendaje almohadillado, elástico y compresivo, siempre que se disponga de estos materiales (venda elástica, venda de algodón o de celulosa).*
2. *Elevar el miembro afectado y mantenerlo en reposo.*
3. *Aplicar frío local mediante compresas de agua fría, o una bolsa de hielo, protegiendo siempre la piel, durante unos veinte minutos.*
4. *No aplicar pomadas ni analgésicos que puedan camuflar los síntomas.*
5. *Valoración del paciente en un centro sanitario.*

3.4. Atención a posibles lesiones musculares

Las lesiones musculares que no implican una afectación anatómica suelen evolucionar de forma natural hacia la curación en un espacio de tiempo corto. En las contusiones y roturas donde se produce un hematoma y es necesaria una cicatrización, la evolución es más incierta.

Las lesiones musculares son frecuentes, pero no suelen diagnosticarse ni tratarse adecuadamente. Si el deportista no recuerda el movimiento que causó la lesión y puede continuar con su actividad, suele tratarse de una lesión banal que se curará en un plazo máximo de una semana. Si por el contrario recuerda el movimiento exacto que provocó la lesión y el dolor se reproduce al intentar continuar, la lesión puede ser más grave. Si no se trata adecuadamente, **la lesión puede hacerse crónica**.

En casos leves suele durar entre 48 y 72 horas. Se recomienda reposo absoluto del miembro o la zona lesionada. Se debe aplicar frío (crioterapia) durante las primeras 48 horas, de tres a cinco sesiones diarias de entre 15 y 20 minutos de duración. Es aconsejable interponer un paño húmedo entre la piel y la bolsa con hielo para evitar lesiones por frío. Debe evitarse la práctica indiscriminada de masajes, ya que puede facilitar las hemorragias y la cronificación de la lesión.

Las técnicas de fisioterapia en estos casos permiten acortar el tiempo de recuperación. Son numerosas las técnicas empleadas en la actualidad: termoterapia, ultrasonidos, electroterapia, laserterapia, cinesiterapia... Se deben introducir las contracciones con movimiento y los estiramientos según vayan siendo soportados con malestar, pero sin dolor.

4. VALORACIÓN DE TRASTORNOS DERIVADOS DE AGENTES MECÁNICOS. LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS: HERIDAS, HEMORRAGIAS Y CONTUSIONES

Los traumatismos que tienen lugar sobre la superficie corporal se localizan generalmente en regiones visualmente expuestas y se identifican en términos generales como heridas, hemorragias y contusiones.

Las fuerzas mecánicas lesivas que afectan a la piel pueden tener un origen diferente (rozamiento, fricción, compresión, contusión, desgarros, cortes...) y las lesiones que producen se pueden presentar como ampollas, abrasiones, laceraciones, avulsiones, incisiones, etc.

Así distinguimos entre 4 tipos principales de problemas causados por agentes mecánicos:

4.1. Contusión de tejidos blandos

Es una lesión producida por el impacto de los tejidos contra un objeto consistente y resistente, sin rotura de la integridad de la piel. La clasificación establece 4 grados:

- **Mínimas:** no se produce alteración o desgarro. Como consecuencia del golpe se produce un enrojecimiento por lesión de los vasos sanguíneos (morado o hematoma).
- **Primer grado:** se produce por un golpe de mayor intensidad. Afecta la zona superficial y los capilares más cercanos sufren pequeñas roturas, formando la llamada equimosis o cardenal (color amarillento). El síntoma principal es un pequeño dolor.
- **Segundo grado:** al ser más intenso, se lesionan vasos mayores, acumulándose bajo la piel y formando un relieve de distinta coloración conocido por hematoma.
- **Tercer grado:** aquellas que al principio tienen un aspecto normal que se vuelve grisáceo. Normalmente se produce por aplastamiento de la grasa y el músculo.



4.2. Heridas

Se produce cuando se interrumpe la estructura del tejido del interior y el exterior de la piel. No existe una clasificación de las heridas, pero sí podemos diferenciarlas según el aspecto y el agente que las haya originado.

Así, podríamos diferenciar entre:

- **Heridas incisas:** generadas por un objeto cortante provocando un corte limpio.
- **Heridas contusas:** ocasionadas por un golpe con un objeto de superficie redondeada, provocando bordes aplastados y con hematomas circundantes.
- **Heridas punzantes:** producidas por la acción de objetos puntiagudos, donde predomina la profundidad de la herida.
- **Heridas por desgarro:** producidas por traccionar sobre los tejidos. Se caracterizan por su separación y la irregularidad de los bordes.

El contacto con energía de objetos del entorno puede romper la piel y profundizar en los tejidos blandos. Al quedar la herida abierta, el riesgo de infección es importante.

Los síntomas más frecuentes de las heridas son:

- **Dolor,** por lesión de las terminaciones nerviosas de la piel y posteriormente pérdida de sensibilidad, si se afectan nervios más profundos.
- **Sangrado,** más o menos abundante, según la profundidad, extensión y localización de la herida.

4.3. Hemorragias

Se produce una hemorragia cuando un vaso sanguíneo se rompe, provocando la pérdida de sangre. La impresión de gravedad aparecerá cuando se observen los siguientes signos y síntomas en sangrados sin control en el tiempo y en función del volumen sanguíneo perdido:

- Palidez cutánea y de mucosas (boca, nariz).
- Ansiedad creciente.
- Respiración agitada, rápida y poco profunda.
- Pulso rápido y débil.
- Obnubilación.

Si aparecen estos signos, actúe rápidamente sobre ellos y llame al 112.

Es necesario distinguir un concepto importante en la valoración:

- **Hemorragias internas:** hemorragias en las que el sangrado se efectúa en alguna de las cavidades del organismo y no se muestran en el exterior. No son fáciles de detectar, pero en caso de hacerlo se considerarán siempre como graves, por lo que debemos buscar signos de "Shock" para detectarlas como pueden ser:
 - Escalofríos y piel pálida, fría, húmeda y sudorosa (reacción de la piel).
 - Ansiedad o agitación (reacción del SNC).
 - Pulso rápido y débil y tensión arterial muy baja (reacción compensatoria del corazón y sistema vascular).
 - Respiración rápida y superficial, labios y uñas azulados (reacción respiratoria).
 - Alteraciones de la conciencia: mareos, vértigo, confusión, etc., sed y pupilas dilatadas o que no reaccionan bien (compensaciones del SNC).

GRAVEDAD	CLASE I Hemorragia leve	CLASE II Hemorragia moderada	CLASE I Hemorragia grave	CLASE II Hemorragia muy grave
VOLUMEN SANGUÍNEO PERDIDO	MENOS DE 750 CC Hasta un 15%	DE 750 A 1500 CC Hasta un 30%	DE 1500 A 2000 CC Hasta un 40%	MÁS DE 2000 CC Más de un 40%
ESTADO DE LA CONSCIENCIA	ANSIOSO	INTRANQUILO	CONFUSO	OBNUBILADO
FRECUENCIA RESPIRATORIA	10-20 POR MIN.	20-30 POR MIN.	30-40 POR MIN.	MÁS DE 40 POR MIN.
FRECUENCIA CARDIACA	MENOS DE 10 PULS/MIN. PULSO LLENO	100 A 120 PULS/MIN. PULSO DISMINUIDO+	120 A 140 PULS/MIN. PULSO DISMINUIDO++	MÁS DE 140 PULS/MIN. PULSO DÉBIL

Tabla 2. Valoración en signos y síntomas según la importancia de la hemorragia

- **Hemorragias externas** son aquellas hemorragias que siendo internas se muestran en el exterior a través de un orificio natural del cuerpo: oído, nariz o boca, entre otras. Se verán tratadas en el siguiente capítulo en el caso de hemorragias leves y en zonas importantes.

4.4. Lesiones en ojos, oídos y nariz

Este tipo de lesiones pueden tener múltiples orígenes, produciendo principalmente picor o escozor, dolor intenso, erosiones, heridas o enclavamiento de objetos, pero son especialmente importantes por afectar a órganos sensoriales y receptores de información. Serán vistas en el tema siguiente cuando hablemos de lesiones con menor incidencia.

5. ATENCIÓN A TRASTORNOS VASCULARES PROVOCADOS POR AGENTES MECÁNICOS: HERIDAS Y HEMORRAGIAS

5.1. Atención a las contusiones

Generalmente la mayoría de las contusiones se atienden con el protocolo **PRICE**, por lo que debemos:

1. Inmovilizar la zona afectada y elevarla.
2. Aplicar frío local.
3. No pinchar los hematomas y aplicar pomadas con derivados de la heparina con masajes suaves.
4. Valoración y vigilancia los días posteriores, ya que en ocasiones suelen ocultar, bajo ellas, lesiones internas importantes que pueden pasar inadvertidas, como fracturas, hemorragias o lesiones nerviosas.

En este vídeo se muestran las acciones a realizar ante un hematoma:



01:15

ATENCIÓN A HEMATOMAS

5.2. Atención a las heridas

El primer paso, cuando se va a efectuar la cura de una herida, es lavarse las manos. A continuación, como conducta de autoprotección, es conveniente utilizar guantes de un solo uso que podemos comprar en farmacias y parafarmacias.

El procedimiento será el siguiente:

1. Lavarse las manos y usar material estéril o en su defecto limpio.
2. Adoptar medidas de autoprotección empleando guantes de látex, de vinilo o similares.
3. Limpieza de la herida quitando la suciedad visible y lavando a chorro con agua y jabón o suero fisiológico. Es importante que esta limpieza se haga desde el centro de la herida hacia los bordes. **NUNCA** hurgar en las heridas.
4. Secar la herida sin frotar sobre ella, comprimiendo para así controlar el posible sangrado. Si fuera posible, se deben utilizar gasas estériles y dar una sola pasada con cada gasa. **NO** utilizar algodón, pañuelos o servilletas de papel directamente sobre la herida.
5. Si la hemorragia es abundante, comprimir fuertemente (ver más adelante).
6. Aplicar un antiséptico local tipo clorhexidina (transparente) o povidona yodada (su color se elimina fácilmente con agua). Preguntar al paciente sobre la posibilidad de que sea alérgico a alguno de estos compuestos, en cuyo caso no deben ser aplicados. **No** usar alcohol ni productos agresivos, ni aplicar pomadas o polvos cicatrizantes.
7. Cubrir la herida, según proceda, con tiritas, apósitos y gasas estériles, incluso un vendaje si fuera necesario.

En el siguiente vídeo se puede ver cómo proceder ante una herida:



01:27

ATENCIÓN A HERIDAS

Cuando hay complicación en una herida, si hay un objeto clavado o incrustado en la herida, como un cuchillo, una tijera, una herramienta, cristales u otros objetos, se debe proceder de la siguiente manera:

- No se debe quitar ni manipular el objeto enclavado.
- Es preciso llamar urgentemente al 112.
- Se debe cubrir y proteger la zona de la herida.
- Hay que vigilar el estado general del herido y valorar sus signos vitales hasta la llegada de la atención especializada en especial alerta en signos de *shock*.

5.3. Atención a las hemorragias

Las hemorragias más importantes se producen en las extremidades, ya que son las partes del cuerpo más expuestas a traumatismos.

El control de las hemorragias sigue unos pasos bien definidos que, en la mayoría de las ocasiones casi nunca llegan a poner en práctica todos:

1. Compresión directa

Con unas gasas, un apósito, o unas compresas, se presiona sobre el punto sangrante.

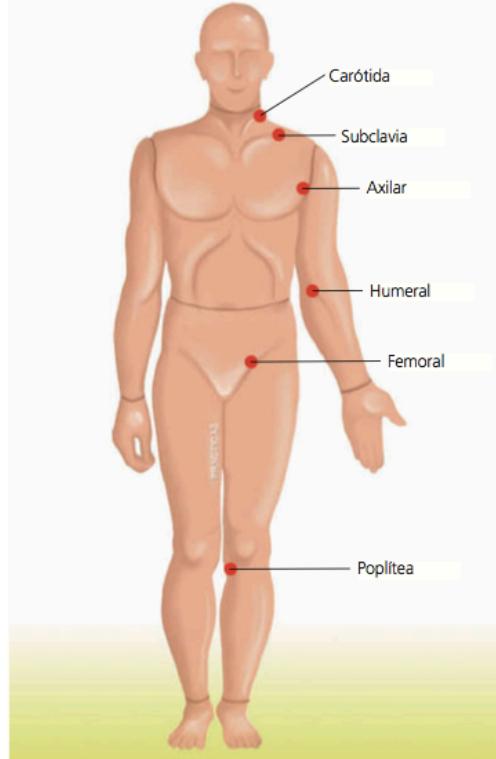
¡Siempre que sea posible hay que utilizar guantes!

Si las gasas utilizadas se empapan rápidamente de sangre, se colocarán encima nuevas gasas, pero siempre, y lo más importante, **sin retirar las primeras** para evitar así interrumpir la formación del coágulo que se está empezando a formar. La compresión debe realizarse durante 10 minutos o hasta conseguir parar la hemorragia. La compresión, en todos los casos, se debe hacer con el puño, bien con la parte de los nudillos o con el canto o el talón de la mano y colocando entre medias una compresa o apósito que permita comprimir disminuyendo el dolor sobre la zona. Se debe mantener la compresión hasta la llegada de la asistencia sanitaria.

Se pueden utilizar cuantas gasas o compresas se precisen, pero sin retirar las que se hayan puesto antes. Cuando cese la hemorragia, se procederá a fijar los apóstoles aliviando con ello la presión ejercida, pero sin retirar ninguno, sujetándolos con una venda de gasa o con un esparadrapo.

2. Elevación del miembro

Se realiza casi de forma simultánea al paso anterior. Se lleva a cabo cuando las heridas se localizan en una extremidad y no hay sospecha ni evidencia de una fractura. La elevación debe hacerse por encima del nivel del corazón y manteniendo la compresión sobre el punto sangrante.



↑ Puntos de compresión arterial.

3. Vendaje compresivo

Si se llega a este paso significa que el punto sangrante persiste. Habrá que emplear una venda elástica que se aplicará sobre las gasas o compresas sin levantar ninguna, al tiempo que se efectúa un vendaje que mantenga una presión constante sobre el foco de hemorragia, pero que no debe convertirse en un torniquete, porque si se apretara mucho interrumpiría el riego sanguíneo de la extremidad.

4. Puntos de compresión arterial

Este paso debe darse únicamente en la siguiente situación: cuando la hemorragia tenga lugar en una extremidad y los pasos anteriores no hayan sido suficientes. Consiste en localizar la arteria principal que irriga la extremidad afecta en la raíz de esta, consiguiendo al comprimir sobre ella una reducción importante del aporte de sangre a esa zona, pero sin interrumpir el retorno venoso que sale del miembro.

Especialmente en el caso de hemorragias internas, se colocará al paciente en una posición igual a la de shock. Las medidas generales ante una sospecha de hemorragia interna son:

- Avisar al sistema de emergencias 112 y tranquilizar al paciente.
- Controlar los signos vitales: pulso, palidez y TA.
- Acostar al paciente boca arriba, evitando que se mueva y si es posible con los pies elevados.
- Aflojar la ropa en aquellos puntos que suelen comprimir (cinturón, botón del pantalón, corbata...).
- Arropar al paciente para evitar que pierda calor.

A continuación se muestra un vídeo de cómo proceder ante hemorragias:



01:36

ATENCIÓN A HEMORRAGIAS

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agreda, V. S. (2005). Anatomía topográfica y actuación de urgencia. Barcelona, España: Paidotribo.
- Ballas, M.; Kraut, E.H. (2008, abril 15) Bleeding and bruising: a diagnostic work-up. American Family Physician, 77(8):1117-24.
- Barrera, J. (2005). Prevención de Riesgos en las Actividades Físicas. Málaga, España: Instituto Andaluz del Deporte. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía.
- Constans, A. Exposición a agentes biológicos: seguridad y buenas prácticas de laboratorio. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo.
- Cruz Roja Española. (2008). Formación en socorros. Socorrismo y Primeros Auxilios. Madrid, España: El País Aguilar.
- Flegel, M. (2008). Sport First Aid. A coach's guide to the care and prevention of athletic injuries. Champaign, IL.: Human Kinetics.
- Gutiérrez, E. y Gómez, J.L. (2012). Actuación general en primeros auxilios. Madrid, España: Editex.
- Jiménez, L. y Montero F.J. (2010). Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Barcelona, España: Elsevier.
- Noguer, M. y Balcells, A. (2005). Exploración clínica práctica. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Garrido P., Pérez, J., González, M., Diéguez, S., Pastor, R. y Llorens, P. (2009). Epidemiología de las lesiones deportivas atendidas en urgencia. Emergencias: Revista científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 21(1). Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-21/numero-1/epidemiologia-de-las-lesiones-deportivas-atendidas-en-urgencias/>
- Segui-Gómez, M. y MacKenzie, E.J. (2003) Measuring the public health impact of injuries. Epidemiologic Reviews, 25(1), 3–19. doi: 10.1093/
- Silberman, F. y Varaona, O. (2011). Ortopedia y traumatología. Madrid, España
- a: Médica Panamericana.

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.



DESCARGAR TEMA EN PDF

CICLO INICIAL



CENTRO SUPERIOR
DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS

TEMA 10

INMOVILIZACIONES



MARZO 2021
© CESED

TEMA 10

INMOVILIZACIONES

1. CASO INICIAL: CAÍDA DESDE UNA ALTURA EN ESCALADA	PÁG. 4
2. ACCIDENTES Y TRAUMATISMOS. NECESIDAD DE TRASLADO	PÁG. 4
3. TÉCNICAS MÁS FRECUENTES DE MOVILIZACIÓN RÁPIDA DE URGENCIA	PÁG. 5
4. OTRAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN RÁPIDA DE URGENCIA	PÁG. 6
4.1. Maniobra de Reutek.....	Pág. 6
4.2. Puente holandés.....	Pág. 7
5. POSICIONES DE SEGURIDAD Y ESPERA.....	PÁG. 8
6. MATERIALES DE TRANSPORTE E INMOVILIZACIÓN EN URGENCIAS	PÁG. 9
7. RESOLUCIÓN DEL CASO INICIAL DE LA CAÍDA.....	PÁG. 11
8. BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 12

1. CASO INICIAL: CAÍDA DESDE UNA ALTURA EN ESCALADA

Enrique Tolosa es un monitor de escalada que trabaja en un polideportivo de Cuenca con un grupo de adolescentes de un instituto. Durante una sesión, tras ser reclamado por otro alumno, no puede prestar atención a un grupo de tres alumnos que ha subido a una altura considerable por las presas de la pared donde estaban practicando.

Uno de los alumnos ha perdido algún agarre y se ha precipitado al suelo desde dos metros de altura a las colchonetas que tiene debajo el bulder. El alumno ha perdido la conciencia unos pocos segundos y está tumbado boca arriba, pero al despertar dice que siente los brazos «con hormigueo y como fríos». Curiosamente solo presenta algunas abrasiones en el brazo derecho y un hematoma en la zona temporal derecha.

Enrique, después hablar con el alumno, opta por no movilizarle y se dispone a llamar al 112 para contarles lo sucedido.

Analiza, a través de las siguientes preguntas, los hechos ocurridos:

- 1. En caso de haber tenido que movilizar al alumno por riesgo para su vida, ¿cómo se debería haber hecho?*
 - 2. ¿Cuáles son los principios básicos de la movilización e inmovilización de pacientes en caídas de este tipo?*
-

2. ACCIDENTES Y TRAUMATISMOS. NECESIDAD DE TRASLADO

En el medio extrahospitalario, dadas las características cambiantes del entorno, debemos tener en cuenta la importancia de la seguridad para nosotros y para el deportista accidentado (conducta PAS), así como conocer el mecanismo o causa de la lesión que ha producido el traumatismo. De esta manera, si sospechamos que puede haber una determinada lesión, la encontraremos.

El tratamiento satisfactorio de los accidentados con traumatismos depende de la identificación de las posibles lesiones y de la capacidad para realizar una buena evaluación.

Un accidentado con traumatismos es aquel que, como consecuencia de un accidente o de un choque (entre vehículos, al caer al suelo desde una altura, etc.), tiene afectados varios órganos o sistemas, pudiendo comprometerle en algunos casos incluso la vida. Podría ser una causa de shock que, como se ha visto, puede provocar una situación de riesgo vital.

Aunque las lesiones más evidentes sean tratadas, pueden existir otras que no sean tan visibles. De igual forma, si un traumatismo de columna o de cabeza no se reconoce y no se atiende adecuadamente sobre el terreno, puede desembocar en un daño mayor y dejar al paciente con una parálisis bastante tiempo.

Movilización e inmovilización, en primeros auxilios, son términos interdependientes, ya que, si existe sospecha de fractura ósea o de lesión medular, la movilización no se puede acometer sin haber realizado antes la inmovilización. Por otra parte, movilización no es igual a «rescate», por cuanto se trata de la retirada del accidentado es encontrado, colocándolo en un lugar más favorable para ser atendido adecuadamente.

Una vez asegurada la escena, se procederá de la siguiente forma:

- Evaluación primaria al herido: ABC (vista en el tema anterior).
- Evaluación secundaria: que veremos en el libro de este tema.
- Estabilización inicial: adoptar las actitudes necesarias para mantener al accidentado controlado y estable.
- Alertar a los servicios de emergencia aportando información precisa del contexto.
- Liberar al accidentado de cualquier obstáculo que impida su rescate o liberación.

En la primera fase de la asistencia, la manipulación «adecuada» es muy importante, pues de no ser así se pueden producir nuevas lesiones o agravar las existentes.

Como norma general, para movilizar hay que emplear la maniobra más sencilla y menos peligrosa para cada lugar o situación, así como aquella técnica que se conozca y se sepa hacer antes que otra que no se haya hecho nunca. El entrenamiento es fundamental a la hora de movilizar a una persona accidentada. Siempre hay que tener presente que no quede comprometida la vida.

Los pacientes accidentados sufren a menudo lesiones en la columna vertebral y con menor frecuencia de la médula espinal, y suelen estar en relación casi siempre con mecanismos de alta velocidad y vehículos a motor.

La movilización de los accidentados con múltiples traumatismos, cuando no se dispone de ningún material específico para la inmovilización de la columna vertebral y las extremidades, está solo indicada en aquellas situaciones en que las condiciones del entorno y la escena (peligro de fuego, zonas cercanas al mar, zonas de alta montaña, etc.) pongan en peligro la vida del paciente o del rescatador. En otras ocasiones, el riesgo viene dado por la propia situación clínica del accidentado, donde la más mínima pérdida de tiempo puede comprometer su vida.

Por ello, es importante conocer a qué atender durante las fases de la inmovilización de un accidentado:

FASES DE LA INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

Una vez hecha la valoración primaria ABC, se debe prestar especial atención a la columna vertebral, conforme a la siguiente secuencia:

1. *Alineación del eje cabeza-cuello-tronco.*
2. *Control con las dos manos del cuello de la víctima.*
3. *Control de los segmentos anatómicos del paciente según cada técnica.*
4. *Movilización del paciente a la orden de una sola voz de mando (generalmente de quien controla el eje cabeza-cuello).*

3. TÉCNICAS MÁS FRECUENTES DE MOVILIZACIÓN RÁPIDA DE URGENCIA

Antes de realizar una técnica de movilización hay que valorar si se precisa una inmovilización previa con el fin de evitar ocasionar otras lesiones. Igualmente habrá que emplear la técnica más adecuada en función del número de socorristas o ayudantes y de las características del accidente, ya que no es lo mismo que haya un solo socorrista en la escena del accidente, a que se encuentren varios o que se trate de movilizar a una persona que se encuentra atrapada o caída en el suelo, por ejemplo.

En general, las técnicas de movilización que no requieren una inmovilización previa de la víctima se clasifican en tres grupos: **técnicas de apoyo, técnicas de carga y técnicas de arrastre**. Todas ellas pueden ser realizadas por uno o varios socorristas.

Las **técnicas de apoyo** se emplean cuando la persona accidentada no precisa ayuda para andar, sino que simplemente está aturdida o afectada emocionalmente. En estos casos, basta con prestar una ayuda mínima de apoyo, que puede ser el brazo o el hombro del socorrista, pero en cualquier caso hay que estar atento por si se produce inestabilidad o un desvanecimiento repentino. Un ejemplo de técnica de apoyo sería la muleta humana.

Las **técnicas de carga** son aquellos procedimientos que implican transportar a la persona accidentada encima del auxiliador, como si se tratara de un bulto. Entre ellas se pueden mencionar las siguientes: el traslado en brazos o «en cuna», el adosado del paciente a nuestra espalda, el traslado a la espalda o «a caballito», llevar a la víctima sobre el pecho o bien sobre el pecho con cabestrillo y el método de la carga del bombero en sus diferentes modalidades.

Se conocen como **técnicas de arrastre** aquellas maniobras en las que se tira del accidentado, bien sea por los hombros, por las manos, por los pies (método del trineo) o mediante la maniobra de Reutek. Se emplean cuando no se puede cargar a la víctima por la razón que sea.

Hay que destacar que todas estas técnicas (apoyo, carga y arrastre, sin inmovilización previa), cuando se trata de auxiliar a un paciente politraumatizado o cuando se sospecha de lesión ósea o medular, sobre todo si la persona ha perdido la conciencia, son de extrema emergencia, por lo que solo deben usarse exclusivamente cuando haya peligro inminente para la víctima o el socorrista.

4. OTRAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN RÁPIDA DE URGENCIA

4.1. Maniobra de Reutek

Es una maniobra destinada a la extracción de un paciente que se encuentra sentado en el interior de un vehículo y se cuenta solo con un rescatador. Aunque en el ámbito deportivo esto es muy difícil, si que es verdad que los deportistas pueden sufrir accidentes in itinere en el desplazamiento al lugar de competición/entrenamiento.

Es una maniobra con triple apoyo: facial, troncal y antebraquial.

- El rescatador se coloca en paralelo al vehículo y al paciente en el mismo sentido de ambos.
- La mano más alejada del rescatador pasa por debajo de la axila más próxima del paciente y se dirige a fijar la mandíbula al tiempo que aproxima su cara a la del paciente.
- El otro brazo del rescatador pasa por debajo de la otra axila de la víctima, agarrando y fijando uno de los antebrazos.
- El rescatador arrastra hacia sí mismo al paciente y le extrae del vehículo.

En el siguiente vídeo se muestran los pasos a seguir para realizar la maniobra de Reutek correctamente:



MANIOBRA DE REUTEK



4.2. Puente holandés

Es una maniobra rápida que permite un levantamiento en bloque del paciente como si de un «puente» se tratara, de ahí su nombre. El accidentado, una vez alineado en el eje cabeza-cuello-tronco, debe quedar entre las piernas de los rescatadores, los cuales, una vez ejecutada la técnica, levantarán mínimamente al paciente para dejar un hueco que permita deslizar por debajo de la víctima una camilla o un tablero. Para la correcta ejecución de esta técnica es necesario el concurso de varios rescatadores.

Se puede realizar con tres socorristas o auxiliadores (puente simple o básico), con cuatro y con cinco socorristas (puente perfeccionado o mejorado).

A continuación, se describe la técnica con cinco rescatadores o auxiliadores:

- Tres rescatadores se colocan a lo largo del eje longitudinal del cuerpo del paciente dejando a este entre sus pies.
- Cada rescatador coloca sus manos a ambos lados del paciente sujetando y controlando los puntos bisagra (hombros, caderas y piernas) para evitar el acodamiento de estos segmentos. La persona más fuerte debe sujetar la parte más pesada.
- Controlar con ambas manos el eje cabeza-cuello-hombros.
- A la orden de la voz de mando del rescatador que controla la cabeza-cuello de la víctima, se la levanta en bloque.
- Un quinto rescatador desliza una camilla o tablón por debajo del accidentado. Existen pequeñas variantes de esta técnica, sobre todo relacionadas con la colocación de los brazos del rescatador que controla la cabeza, y con la no sujeción de las piernas del accidentado cuando no existe fractura de las extremidades inferiores, dedicando el esfuerzo, en este caso, a mantener el eje cabeza-cuello-espalda-caderas.



Figura 1. Inmovilización por puentes de rescate con varios socorristas

5. POSICIONES DE SEGURIDAD Y ESPERA

Las posiciones de seguridad y espera pretenden mejorar las condiciones del accidentado, en la medida de lo posible, o al menos no agravarlas.

Si el paciente está consciente, él mismo indicará cómo se encuentra más cómodo, pero cuando está inconsciente somos nosotros quienes lo debemos colocar en la posición adecuada en función de la patología que presente.

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES POSICIONES DE SEGURIDAD Y ESPERA	
Patología	Posición
Disnea por asma bronquial o insuficiencia cardíaca	Posición de Fowler (semisentado). A veces en cuadros muy intensos de disnea se sitúa al paciente en posición erecta.
Traumatismo torácico	Posición lateral con tórax incorporado y apoyando el hemitórax afecto sobre el respaldo de la camilla.
Traumatismo o dolor abdominal	Posición de Fowler.
Shock hipovolémico	Posición de Trendelenburg (miembros inferiores elevados con respecto al resto del cuerpo).
Edema agudo de pulmón	Semisentado con las piernas colgando.
Traumatismo cráneo-encefálico	Decúbito supino con unos 45° de elevación de la cabeza.
Traumatismo vertebral	Decúbito supino con el cuerpo totalmente alienado, a ser posible sobre una tabla o camilla.
Pacientes conscientes o inconscientes que respiran y no presentan traumatismo	Posición lateral de seguridad (PLS).
Pacientes que respiran sin traumatismo y con riesgo de aspiración de vómito	Posición lateral de seguridad (PLS). En ocasiones esta posición se emplea incluso con traumatismo cervical, previo control del cuello (se precisa más de un socorrista para ello).

Otras cuestiones a considerar son:

- El accidentado tiene que estar tapado para evitar la hipotermia con una manta convencional o con una manta térmica.
- El accidentado debe estar cómodo en la medida de lo posible. Hay que respetar el pudor del accidentado.
- Si se encuentra inconsciente, hay que cerrar los párpados para evitar úlceras corneales por desecación.
- En todo momento hay que vigilar al paciente.

6. MATERIALES DE TRANSPORTE E INMOVILIZACIÓN EN URGENCIAS

Tras un traumatismo, los accidentados suelen aparecer o encontrarse en posición de sentados, tumbados de un lado, tumbados boca arriba o bien de pie buscando ayuda.

El auxiliador, desde su primer contacto con la persona accidentada, debe proteger e inmovilizar la columna vertebral en su totalidad de forma inmediata y continua, hasta que la lesión, si existe, pueda ser descartada en el hospital.

Conociendo las técnicas y si se dispone del material adecuado, podemos mover de forma segura a una persona desde la posición en la que la hemos encontrado hasta poder dejarla en una posición de máxima estabilidad, generalmente tumbada boca arriba y sobre una tabla rígida.

En los siguientes ítems se resumen las **normas a seguir en las inmovilizaciones**:

1. Iniciar cuanto antes la estabilización manual y mantenerla hasta la llegada del material adecuado.
2. Asegurar el tronco antes que la cabeza y verificar que el tórax se expande bien y no compromete la respiración.
3. Inmovilizar la cabeza evitando cualquier desplazamiento, colocar si tenemos un collarín cervical del tamaño apropiado o si es necesario, almohadillarla. Vigilar que nada impida abrir la boca, por si el lesionado vomitase.
4. Alinear la pelvis y las piernas en posición anatómica o neutra.
5. Asegurar y fijar los brazos y evitar que ninguna sujeción comprima en exceso la circulación sobre todo de las extremidades.



Figura. 2. Proceso de inmovilización desde cabeza a piernas

Una vez tenidas en cuenta las principales normas de inmovilización, indicar que existen también una serie de materiales diseñados para inmovilizar tanto fracciones del cuerpo como su totalidad, para evitar así agravar las lesiones que pueda tener derivadas del propio accidente:

DISPOSITIVOS DE MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN	
Collarín cervical	Inmovilizador lateral de cuello "dama de Elche".

Es el primer elemento de inmovilización.
Es de fácil y rápida colocación (<60 segundos).

Hay tallas para adultos y niños.

Debe evitar todos los movimientos de la cabeza.

Debe ser cómodo y que no altere la anatomía de la vía aérea y de los vasos que van al cerebro.

Sujeta la cabeza de forma rápida y fácil a una tabla y fácil a una tabla o camilla, Complementa a los collarines cervicales.

Está destinado a eliminar los movimientos laterales de la cabeza. Permite fijar la frente y el mentón.

Si no se tiene, se pueden utilizar sacos de arena o mantas dobladas, para lograr el mismo efecto.



Collarín cervical

Tabla espinal	Camilla de cuchara
Pueden ser de tamaño largo o corto, pero de material rígido, bien de madera, fibra o plástico. Existen modelos específicos para niños. Son baratas y fáciles de almacenar. No se debe mantener mucho tiempo acostada a la víctima sobre ella, pues resultan incómodas.	También llamada de palas, tijera o telescopica. Se adapta al tamaño de la víctima y se pone y se quita sin alterar su posición. Sistemas de cierre, en sus extremos, por anclaje que, a veces, por la tensión que soportan son costosos de manipular. Como su nombre indica recogen a la víctima como una cuchara.



Dispositivo inmovilizador "dama de Elche".

Férulas de inmovilización de los miembros	Colchón de vacío
Las férulas rígidas no deformables pueden ser de madera, metal o plástico. Requieren vendaje y acolchado con algodón para no hacer daño. Las férulas rígidas deformables pueden ser de aluminio o cartón. En este caso, la inmovilización es más funcional y se adapta mejor a la extremidad. Las férulas flexibles o hinchables son las más usadas. Deben abarcar las articulaciones proximal y distal a la fractura. Una vez hinchadas se debe controlar el pulso y la sensibilidad del miembro. Como alternativa podemos usar almohadas, vendas, pañuelos, etc.	Estructura rellena de bolitas de material aislante y dotada de una válvula de vacío. Permite una adaptación a modo de "molde" al cuerpo del paciente. Una vez hecho el vacío, deja un molde rígido adaptado al paciente. Ideal para el transporte en casos de sospecha de lesión medular. Amortigua las vibraciones en el transporte.

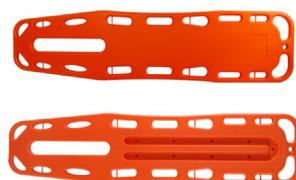


Tabla larga



Tabla corta



Camilla de cuchara cerrada



Férula de inmovilización de la extremidad inferior.

7. RESOLUCIÓN DEL CASO INICIAL DE LA CAÍDA

1. En caso de haber tenido que movilizar al alumno por riesgo para su vida, ¿cómo se debería haber hecho?

Cuando se ha perdido, a causa de un traumatismo, el soporte que la columna vertebral proporciona al eje del cuerpo humano, siempre hay que sospechar una lesión medular. Dado que esta no se regenera, dicha lesión puede ser permanente, lo que a menudo se va a traducir en una parálisis. Bien sea por el mecanismo de la lesión o por los síntomas que pueda presentar el paciente, estamos obligados a sospechar siempre un traumatismo de columna y por tanto a observar todas las medidas a nuestro alcance de inmovilización del eje cabeza-cuello-tronco. La lesión vertebral no siempre es tan evidente y el riesgo de lesión medular debe ser tenido en cuenta, por lo que ante traumatismos de este tipo debemos sospechar una columna inestable y actuar en consecuencia.

Ante una persona que ha sufrido una caída desde una altura de cuatro metros, que ha permanecido inconsciente y que al despertar refiere hormigueo en los brazos, hay que sospechar un traumatismo de la columna vertebral y por tanto observar las debidas precauciones a la hora de movilizarla, cuidando el eje cabeza, cuello y tronco. Siempre hay que avisar al 112.

2. ¿Cuáles son los principios básicos de la movilización e inmovilización de pacientes en caídas de este tipo?

Las fracturas que asientan en la columna vertebral, al igual que sucede con otras estructuras óseas del cuerpo, requieren la inmovilización de las articulaciones que se encuentran por encima y por debajo de la lesión. En el caso que nos ocupa, el de la columna, la articulación que se sitúa por encima es la de la cabeza y el cuello, mientras que la que se encuentra por debajo, al final de la columna, es la de la pelvis. En este tipo de situaciones, el primer intervintiente, tras valorar el control del ABC del paciente, debe asegurar la **estabilidad del eje cabeza-cuello-tronco**. Para ello es necesario un correcto control de la cabeza colocando un almohadillado debajo de esta, un adecuado control del cuello con una fijación de este con ambas manos del intervintiente y un correcto control del tronco con los materiales de que se disponga (tablero, hoja de una puerta, camilla, etc.), evitando los movimientos laterales y verticales del tronco.

Ante la sospecha de traumatismo vertebral, si hay que movilizar a la víctima, se debe hacer entre varios socorristas, según se ha descrito en la técnica del puente holandés.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agreda, V. S. (2005). *Anatomía topográfica y actuación de urgencia*. Barcelona, España: Paidotribo.
- Ballas, M.; Kraut, E.H. (2008). *Bleeding and bruising: a diagnostic work-up*. American Family Physician, 15;77(8):1117-24.
- Barrera, J. (2005). *Prevención de Riesgos en las Actividades Físicas*. Málaga, España: Instituto Andaluz del Deporte. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía.
- Constans, A. *Exposición a agentes biológicos: seguridad y buenas prácticas de laboratorio*. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Recuperado de: https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_376.pdf/1094c14d-83f5-4eab-b2f2-7c4cdc8b475e
- Cruz Roja Española. (2008). *Formación en socorros. Socorrismo y Primeros Auxilios*. Madrid: El País Aguilar.
- Flegel, M. (2008). *Sport First Aid. A Coach's Guide to the Care and Prevention of AthleticInjuries*. Champaign, IL.: Human Kinetics.
- Gutierrez, E y Gomez, JL. (2012). *Actuación general en primeros auxilios*. Madrid, España: Editex.
- Jiménez, L. y Montero F.J. (2010). *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. Barcelona, España: Elsevier.
- Noguer, M. y Balcells, A. (2005). *Exploración clínica práctica*. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Garrido P., Pérez, J., González, M., Diéguez, S., Pastor, R. y Llorens, P. (2009). *Epidemiología de las lesiones deportivas atendidas en urgencia*. Emergencias: Revista científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 21(1). Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-21/numero-1/epidemiologia-de-las-lesiones-deportivas-atendidas-en-urgencias/>
- Segui-Gómez, M. y MacKenzie, E.J. (2003) *Measuring the public health impact of injuries*. Epidemiologic Reviews, 25(1), 3–19. doi: 10.1093.
- Silberman, F. y Varaona, O. (2011). *Ortopedia y traumatología*. Madrid, España: Médica Panamericana.



TEMA 11. ATENCIÓN AL DEPORTISTA LESIONADO (II)

Libros:

- Atención a lesiones relacionadas con el aire libre.
- Lesiones por factores ambientales.
- Otras lesiones menores.

Atención a lesiones relacionadas con el aire libre

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](#)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: Atención a lesiones relacionadas con el aire libre

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: lunes, 2 de junio de 2025, 23:11

Descripción

Libro conceptual del tema 10

Tabla de contenidos

- 1. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR EL CALOR: GOLPE DE CALOR E INSOLACIÓN**
 - 1.1. Calambres musculares
 - 1.2. Quemaduras solares
 - 1.3. Insolación
 - 1.4. Golpe de calor
- 2. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR EL FRÍO: HIPOTERMIA Y CONGELACIONES**
 - 2.1. Hipotermia
 - 2.2. Congelaciones
- 3. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR TORMENTAS Y CAUSAS ELÉCTRICAS**
- 4. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR LA ALTITUD**
- 5. ATENCIÓN A PROBLEMAS ACUÁTICOS Y SUBACUÁTICOS**
 - 5.1. Atención a problemas acuáticos
 - 5.2. Atención a problemas relacionados con el buceo
- 6. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR MORDEDURAS Y PICADURAS: MAMÍFEROS E INSECTOS**
 - 6.1. Mordeduras
 - 6.2. Picaduras
- 7. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR INTOXICACIONES ALIMENTARIAS**
- 8. BIBLIOGRAFÍA**

1. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR EL CALOR: GOLPE DE CALOR E INSOLACIÓN

Cuando los mecanismos termorreguladores fallan por exposiciones a temperaturas elevadas prolongadas, alta humedad o pérdida de líquidos (deshidratación), aparecen una serie de trastornos progresivamente más graves y más difíciles de intervenir:

1.1. Calambres musculares

Los **calambres musculares** son contracciones dolorosas o espasmos de los músculos, que se producen después de realizar ejercicio físico intenso producidos por un calor más leve. Son más frecuentes en la musculatura de las piernas y menos frecuentes a nivel de abdomen y hombros debidos generalmente a la pérdida de líquidos y sales minerales, muy frecuentes en el ejercicio físico. En ese momento, debemos poner en reposo al deportista, a ser posible en un lugar fresco, efectuar un ligero masaje y estiramientos sobre la zona afectada y dar líquidos isotónicos o agua.

¿Qué son las bebidas isotónicas?

Las bebidas isotónicas son bebidas que contienen una concentración similar de electrolitos a las de nuestras células. Por lo tanto, si consumes bebidas isotónicas durante la práctica deportiva se restablecen las pérdidas minerales producidas por el sudor y mantienen un nivel adecuado de hidratación. Existen muchas en el mercado pero en esta ocasión es importante que aporten electrolitos como Na⁺ (sodio), K⁺ (potasio), Cl⁻ (cloro) y HCO₃⁻ (bicarbonato) fundamentalmente.

A nivel casero podremos preparar una bebida isotónica casera como puedes ver en el vídeo:



05:50

BEBIDA ISOTÓNICA CASERA

1.2. Quemaduras solares

Generalmente afectan a la capa más superficial de la piel. Provocan un enrojecimiento de la zona (eritema). Son las más leves en general y los síntomas más frecuentes son escozor y dolor. No suelen aparecer ampollas.

La importancia de las quemaduras viene determinada por la extensión y profundidad, aunque no suelen pasar de un enrojecimiento generalizado que indica afectación a la epidermis (cara superficial de la piel) y se localizan en cara y cuello en los casos de deportes al aire libre. Suelen ser quemaduras de primer grado.

Generalmente suelen ser tratadas con la aplicación de paños con agua fría para aliviar el dolor. Si la herida es muy extensa no se recomienda el uso de agua fría, porque puede provocar hipotermia, aunque sí un baño en agua tibia y no fría.

Posteriormente aplicar cremas, loción o gel hidratante como es el caso de un gel de aloe vera. Es necesario proteger la quemadura solar de una mayor exposición al sol los siguientes días.

En este sentido, existen muchos remedios caseros tipo pomadas, lociones o ungüentos poco efectivos, especialmente si se trata de pasta de dientes, aceite o vinagre que podrían agravar la quemadura.

También es conveniente no usar hielo o agua helada, ya que aumentan la zona de lesión al disminuir el aporte de sangre con la vasoconstricción refleja que producen.

La quemadura de sol es grave cuando aparecen **ampollas** (quemaduras de segundo grado que ya afectan a la dermis) y cubre una parte amplia del cuerpo. Puede aparecer una infección de la piel, cuyos signos son hinchoron, pus o estrías rojas que salen de las ampollas. En este caso, debemos proceder de la siguiente manera:

- No se deben tocar las pequeñas ampollas ni romperlas si son más pequeñas que la uña del meñique.
- Si una ampolla se rompe espontáneamente, limpiarla con agua con jabón suave y cubrirla con una venda antiadherente.

Este tipo de quemaduras son más dolorosas que las de primer grado y requieren tomar algún analgésico leve tipo paracetamol o ibuprofeno.

En quemaduras extensas de brazos o piernas debe cubrirse con toallas o pañuelos limpios húmedos y elevar el segmento corporal afectado. Debido que estas lesiones suelen producir mucho edema o hinchoron, se deben quitar anillos, relojes, pulseras, etc. para que no comprometan la circulación.



Fig. 1. Quemadura en las manos

1.3. Insolación

La **insolación** es un cuadro que se origina por una exposición prolongada al sol con la cabeza descubierta o por ejercicio excesivo en ambiente caluroso. Puede cursar con dolor de cabeza, congestión en la cara, náuseas, vómitos, sensación de fatiga, debilidad, sed intensa, piel brillante y sudorosa. Se manifiesta con una debilidad generalizada, agotamiento y deshidratación severa. Los niños y los ancianos están más expuestos a padecer una insolación. Constituyen situaciones de riesgo la exposición al sol, la edad y la escasa ingesta de líquidos.

¿Qué hacer ante una insolación?

- Retirar a la víctima del sol y situarla a la sombra, en posición semisentada, a ser posible en un lugar fresco y ventilado.
 - Aflojar la ropa y poner paños húmedos de agua fría en la frente, axilas e ingles.
 - Dar a beber pequeños sorbos de agua y líquidos isotónicos fríos, solo si el paciente está consciente.
 - Avisar al 112 ante posibles complicaciones como veremos en el golpe de calor.
-

1.4. Golpe de calor

Trastorno **grave y urgente** donde la deshidratación es extrema y los mecanismos del cuerpo reguladores de la temperatura corporal fallan, por lo que la temperatura se dispara y el centro térmico central no puede controlar los mecanismos que disminuyen la temperatura, sobre todo la sudoración y evaporación de la piel.

Es preciso buscar síntomas dentro del contexto de exposiciones a calor prolongadas o ejercicios intensos en ambientes calurosos, tales como:

- Calambres o contracturas musculares dolorosas.
- Temperatura corporal elevada (incluso por encima de 40°C).
- Piel caliente, enrojecida y húmeda o seca (**si se ha secado, es un signo de gravedad**).
- Dolor de cabeza, visión borrosa.
- Nauseas, vómitos.
- Alteraciones de la conciencia, convulsiones.
- Pulso rápido y débil.
- Respiración rápida y superficial.

En el caso del golpe de calor, a las medidas de la insolación hay que añadir:

- Mover a la persona afectada a zonas con aire acondicionado o ventilador.
- Si la persona tienen una temperatura superior a 40°C bañarla con agua fría hasta llegar a los 38°C.
- Ante la situación avisar urgente al 112 y controlar cada 15' la temperatura, para que en el caso de volver a subir, someterle a tratamientos más fríos. Esta situación se puede convertir en grave y potencialmente letal.



*Fig. 2. Situación de insolación
golpe de calor*

2. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR EL FRÍO: HIPOTERMIA Y CONGELACIONES

2.1. Hipotermia

La hipotermia se puede presentar de dos maneras: en forma aguda y en forma subaguda.

La **hipotermia aguda** se produce cuando una persona en buenas condiciones de salud se ve sometida bruscamente al frío intenso, como sería el caso de una caída en agua helada o el de un alpinista o montañero atrapado en una avalancha.

La **hipotermia subaguda** se da en personas con mal estado físico, que se ven sometidas al frío intenso o moderado durante un tiempo prolongado.

En una situación de bajas temperaturas, para evitar la pérdida de calor, el organismo reacciona con una vasoconstricción, lo que provoca una disminución del riego sanguíneo en los tejidos y, por consiguiente, una disminución del aporte de oxígeno a estos.

Los síntomas que presentaría el sujeto serían los propios de una defensa máxima del organismo que progresivamente se va agravando:

- Escalofríos generalizados.
- Activación máxima de las funciones respiratoria y cardíaca.
- Aumento del metabolismo para aportar calor: el organismo se refrigerará progresivamente hasta llegar a una rigidez muscular que se alcanza sobre los 34°C de temperatura corporal.
- Cara inexpresiva con la piel y mucosas frías, secas y pálidas.
- Alteraciones del comportamiento con cambios bruscos de carácter, falta de respuesta a las preguntas, actitud ausente y distraída, alteraciones del diálogo y articulación del lenguaje.
- Agotamiento con calambres dolorosos e intensos.
- Descenso de la temperatura corporal.
- Torpeza mental, sueño morboso profundo y continuo.
- Insensibilidad a los estímulos.
- Trastornos de conciencia con disminución progresiva del nivel de esta, pudiendo sufrir coma y finalmente la muerte (tiene lugar hacia los 27 °C corporales).

¿Qué se puede hacer en este caso?

Las siguientes acciones serían oportunas en función de la gravedad del cuadro:

- Transportar al afectado a un lugar abrigado o cubierto del medio ambiente y si es posible cerrado, seco y cálido.
- Quitar las ropas húmedas y mojadas y, sobre todo, el calzado, aunque esto último nunca antes de llegar a un sitio cubierto, o mientras se prevea seguir caminando.
- **Nunca** frotar la piel del accidentado con nieve. Los microcristales del agua solidificada producen microheridas en una piel mal irrigada de sangre, con el consiguiente riesgo de infección.
- Abrigar al deportista envolviéndolo en una manta, o bien dentro de un saco momia, si se dispone de él. También son efectivas las mantas térmicas de hoja de aluminio fáciles de transportar por su poco peso y volumen.
- Si el accidentado no ha perdido la conciencia, puede tomar líquidos calientes y azucarados, pero **nunca café ni bebidas alcohólicas**.
- En cuanto sea posible se debe iniciar el recalentamiento con baños de agua templada, que luego calentaremos de forma gradual, sin pasar de los 40 °C, durante 15-20 minutos. Fig. 3. Imagen típica del auxilio con alcohol a descartar.
- Mantener al accidentado en reposo y activar el 112 lo más rápidamente posible para su traslado a un centro hospitalario.



Fig. 3. Imagen típica del auxilio con alcohol a descartar

2.2. Congelaciones

La **congelación** produce lesiones locales provocadas por el frío, que normalmente suelen afectar a las partes del cuerpo más expuestas y que, además, son las más distales y a las que menor riego sanguíneo llega (manos, pies, cara, orejas, nariz y mejillas). Para que se produzca una congelación, además de la presencia de una baja temperatura ambiental, deben influir otra serie de factores que favorezcan la evaporación o que disminuyan el calor corporal o dificulten el aporte de sangre a los tejidos, tales como: viento, humedad, cambio brusco de temperatura, ropa inadecuada, etc.

Los signos y síntomas que pueden aparecer clasifican a las congelaciones en 3 grados. Estos son:

Grado I:

- Piel fría, pálida, seca y algunas veces azulada.
- Ligero hormigueo o pérdida de sensibilidad en la zona afectada.
- Entumecimiento de la zona.

Grado II:

- Endurecimiento y rigidez de la piel afectada con sensación de pinchazos. - Ampollas oscuras e inflamación de la zona.
- Grietas en la piel que hace que se abra con facilidad.

Grado III:

- Necrosis y ausencia de sensibilidad en los tejidos.

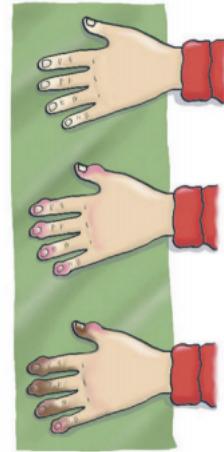


Fig. 4. Grados de congelación

CLASIFICACIÓN DE LAS CONGELACIONES	
Primer grado	Es debida a la vasoconstricción y posterior vasodilatador. Se produce primero palidez y después enrojecimiento. El paciente siente la zona como adormecida con un hormigueo punzante.
Segundo grado	Aparecen las ampollas o flictenas con un líquido en su interior sanguinolento. El paciente siente tensión en la zona y experimenta dolor. Cuando se secan las ampollas dejan una costra seca y de color negruzco.
Tercer grado	Ya hay muerte y necrosis de los tejidos. Aparece una zona negra bien delimitada de la pie, llamada escara.

Tabla 1. Signos y síntomas que aparecen en cada tipo de congelación

¿Qué se puede hacer en esta situación?

Además de todas las observaciones hechas para la prevención frente al frío y las medidas vistas en la hipotermia, procederemos a:

- Proporcionar un recalentamiento de la zona afectada, con vendaje suelto de algodón que proporcione calor, o sumergiendo el área en agua templada, cuya temperatura aumentaremos progresivamente hasta no más de los 38-40 °C. Nunca se hará el recalentamiento con fuentes de calor directa como radiadores, estufas o chimeneas, dado que el accidentado ha perdido la sensibilidad y todos sus mecanismos de defensa (no siente el dolor), corriendo grave riesgo de sufrir quemaduras.
- Reposo y elevación de la zona para prevenir edemas.
- En congelaciones de segundo grado no romper las ampollas.
- Avisar al 112 y procurar un rápido traslado a un centro especializado, si es posible.

3. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR TORMENTAS Y CAUSAS ELÉCTRICAS

Siguiendo lo expuesto en el tema 9, debemos prepararnos in situ para una valoración **ABC** y si se dispone de un **DESA**, colocarlo al accidentado. Según la valoración alertaremos al 112 e iniciaremos las maniobras de RCP en caso de paro cardiaco.



Figura. 5. Quemaduras a consecuencia del paso de electricidad por el cuerpo

En casos más leves, efectuar las medidas generales frente a quemaduras, heridas y traumatismos vistos en el tema anterior.

Todo deportista que haya sufrido una descarga eléctrica, aunque no presente trastornos inmediatos, debe ser puesta bajo vigilancia médica, ya que pueden aparecer alteraciones cardíacas tardías como arritmias, lesiones oculares o fracturas y lesiones musculares.



02:03

ATENCIÓN A UNA PERSONA ELECTROCUTADA

4. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR LA ALTITUD

El **mal de altura**, se manifiesta con los siguientes síntomas más habituales que el técnico deportivo podría detectar son:

- Dolor de cabeza intenso e hipersensibilidad tanto a los ruidos como a la luz.
- Cansancio profundo, pesadez y gran debilidad.
- Náuseas y vómitos.
- Disnea por falta de aire, que puede mejorar sentándose durante unos cuantos minutos.
- Taquicardia con palpitaciones.
- Insomnio como síntoma de defensa: la falta de oxígeno y de aclimatación producen un estado de alerta para evitar que durante el sueño se produzca una mayor depresión respiratoria.
- Claro aumento de la frecuencia respiratoria.
- Disminución del flujo diario de orina.
- Aumento de peso por retención de líquidos corporales.
- Taquicardia de reposo o bradicardia excesiva debido al desajuste cardiovascular.

¿Qué debemos hacer en esta situación?

El tratamiento del mal de altura se basa en el reposo, una buena hidratación y dieta hiperglucémica, lo que suele ser suficiente para que el deportista mejore en un tiempo de entre **24 y 48 horas**.

En casos más leves, tras una marcha o escalada en la montaña, una recuperación salina y energética proporciona una rápida reanimación. La reposición hídrica se debe hacer a base de agua, té solo o con miel, vitamina C y sales minerales extraíbles del zumo de limón.

El té tibetano incluye gran parte de estos ingredientes. A gran altura, el té es analgésico, bradicardizante, provoca euforia y modera la respiración, disminuyendo la sensación de cansancio.

Si la esperada mejoría no aparece, se debe organizar el descenso del deportista siempre acompañado y a 400 m por debajo de la cota a la que se encuentre.

Si el dolor de cabeza persiste, se pueden utilizar analgésicos comunes, ácido acetilsalicílico o paracetamol, solos o con codeína en casos intensos. Si no se trata, el mal de altura puede provocar edema pulmonar y cerebral.

5. ATENCIÓN A PROBLEMAS ACUÁTICOS Y SUBACUÁTICOS

5.1. Atención a problemas acuáticos

Rescate en el agua

Debe ser realizado por socorristas acuáticos profesionales, siempre y cuando estén presentes. Si esto no es posible y nos tenemos que enfrentar a esta situación, debemos observar una serie de reglas, ante todo con objeto de no exponer nuestra vida:

- Siempre hay que estar atento y minimizar el peligro para el socorrista y para el accidentado.
- Cuando sea posible, intentar salvar al ahogado sin entrar en el agua, ayudándose con algún medio como un palo, un arnés, una cuerda o un flotador de rescate, si el accidentado está cerca.
- También es posible usar un bote o una moto de agua, si está disponible y sabes manejarlos, para intentar el rescate.
- Si no hay más remedio que entrar en el agua, llevar siempre una boya de rescate o un flotador.
- Si fuera necesario solo los socorristas muy entrenados pueden iniciar las respiraciones de rescate en el agua. Las compresiones torácicas son ineffectivas dentro del agua.

Atención fuera del agua

Todo ahogado debe ser sacado del agua por los medios más seguros y rápidos para ser reanimado rápidamente. Debemos proceder a actuar de la siguiente forma:

- Cuando sea posible, se debe sacar al accidentado del agua en posición horizontal para minimizar los riesgos de lesiones, sobre todo si el ahogamiento ha tenido lugar con actividades de buceo, tablas de surf, motos de agua, esquíes acuáticos o haya evidencias de traumatismo.
- Lo más importante es el alivio de la falta de oxígeno. Si el accidentado no respira, se iniciaran 30 compresiones torácicas inmediatamente, seguidas de dos ventilaciones (30:2).
- No se debe intentar sacar el agua que ha tragado el accidentado; la mayoría de los ahogados aspiran solo una modesta cantidad de agua y esta se absorbe rápidamente. Cualquier intento de este tipo es peligroso y puede favorecer el vómito y su aspiración hacia los pulmones.
- Si el accidentado no responde y no respira y está disponible un DESA, conectarlo a su cuerpo y encenderlo. Antes de pegar los parches, secar el tórax de la víctima para facilitar la adherencia.
- No se deben interrumpir las maniobras de reanimación hasta la llegada de los servicios médicos. Se han descrito casos de supervivientes neurológicamente intactos en muchas víctimas sumergidas durante más de 60 minutos.
- En cuanto a la gravedad del ahogamiento, mucho se ha hablado sobre la diferencia de ahogarse en agua dulce o salada. Numerosos estudios han demostrado que el daño se produce por la ocupación de la vía aérea por el agua y no por las características de esta.



Figura 6. Atención fuera del agua a ahogados

5.2. Atención a problemas relacionados con el buceo

Dependiendo donde se libere el nitrógeno producido en la inmersión, producirá diferentes síntomas como dolores articulares, debilidad muscular, tos, fatiga, dolor torácico, cefalea, alteraciones visuales, vértigo, confusión e, incluso, coma.

Estos síntomas pueden aparecer una vez en la superficie o hasta cuatro horas después.

Las medidas más inmediatas a tomar son mantener al paciente en decúbito lateral izquierdo, o en decúbito supino, pero con la cabeza en posición neutra para evitar la suelta de burbujas de gas. Avisar al 112 para el traslado del paciente a un centro dotado de cámara hiperbárica, que es el tratamiento específico.

6. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR MORDEDURAS Y PICADURAS: MAMÍFEROS E INSECTOS

6.1. Mordeduras

Las consultas por mordedura tienen dos picos horarios en la atención hospitalaria: aquellas que se tratan en las primeras ocho horas y que suelen ser heridas más severas, donde el paciente acude preocupado por la rabia o manifiesta dudas sobre el tétanos, o bien los que consultan una vez han transcurrido doce horas y que presentan heridas con signos clínicos de infección.

Las medidas a tomar serían:

- En general, limpieza profunda de la herida con grandes cantidades de agua y jabón, o si se dispone de ello, suero fisiológico (agua con cloruro sódico: sal común) para reducir el inoculo bacteriano sin lesionar los tejidos.
- Las heridas en la cara o en la cabeza, las lesiones punzantes profundas, las sospechosas de infección, las mordeduras de la mano y todas aquellas en que hayan transcurrido veinticuatro horas tras la mordedura, deben ser valoradas por un médico para su correcto tratamiento.
- Valorar el estado del afectado para establecer la necesidad de administración de vacuna antitetánica.
- Cuando existe riesgo de rabia en el caso de animales, la rápida y exhaustiva irrigación local con jabón y povidona yodada reducen su aparición hasta en un 90 %.



Figura 8. Desinfección con povidona yodada



01:06

MORDEDURA ANIMAL O HUMANA

6.2. Picaduras

Picaduras de abejas, avispas e insectos

Se originan al clavar su agujón, provisto, por lo general, de un veneno débil. Pueden manifestarse de forma local o general.



La forma más común es la local y se manifiesta por medio de:

- Hinchazón, enrojecimiento, picor y dolor en la zona de la picadura.
- Si se presenta de forma general, lo hace por reacción alérgica y produce picor generalizado, inflamación de labios y lengua, dolor de cabeza y estómago, sudoración e insuficiencia respiratoria, pudiendo llegar, en casos muy graves, a producir un shock.

Como ejemplo común en determinados ambientes podemos ver picaduras de garrapatas:



01:44

PICADURA DE GARRAPATA

Picadura de escorpión

La mayoría de estas lesiones se sufren de forma accidental, al pisarlos o entrar en contacto con ellos. Cuando se produce una picadura de estas características, se manifiesta a través de dolor agudo, adormecimiento, calambres, necrosis en el área afectada e inflamación local y total.

Picadura de medusa

Durante los meses más cálidos del año, en verano, la picadura de medusa es un hecho cada vez más frecuente. Los tentáculos de la medusa se adhieren a la piel secretando un líquido venenoso que causa dolor con sensación de ardor quemante, erupción y "ronchas" en la piel.

En personas con alergias o afecciones cardiorrespiratorias, se pueden presentar calambres, sudoración, debilidad, náuseas, vómitos, dificultad para respirar o alteraciones del pulso.



02:52

PICADURA DE MEDUSA

Picadura de serpiente

En caso de no ser venenosa, las huellas de la mordedura se caracterizan por una serie de puntos sangrantes en hilera paralelos y superficiales, si bien no se produce dolor ni inflamación.

Si la serpiente es venenosa, las huellas de la mordedura se caracterizan por la presencia de uno o varios pequeños orificios sangrantes. Según transcurra el tiempo, la herida se volverá azulada e irá aumentando la inflamación.

La persona afectada sufrirá, en un primer momento, calambres, alteraciones en el pulso, sed y frío. Al cabo de unas horas, si no ha recibido ningún tipo de tratamiento, se manifiesta la parálisis y el afectado puede entrar en coma.



01:14

MORDEDURA DE SERPIENTE

Todas estas lesiones, de manera genérica, suelen tener un carácter leve con reacciones en la piel como picor, escozor y enrojecimientos.

En las lesiones en la piel se debe lavar con agua fría o tibia, compresas de agua helada o hielo para reducir la inflamación y disminuir el dolor y la absorción de venenos o líquidos irritantes en la zona afectada.

En el caso de picaduras de medusa existen según cada manual muchas informaciones diversas, las más contrastadas indican que se deben lavar las heridas con agua de mar o suero fisiológico, retirar los filamentos o células de la medusa con pinzas o en su defecto raspar con una tarjeta de plástico, poder aplicar vinagre o bicarbonato y algún antihistamínico o analgésico. Algunas compresas frías ayudarán a calmar el dolor.

En los casos de picaduras por insectos, es útil retirar el aguijón. Para ello es conveniente utilizar unas pinzas o una tarjeta plástica (de crédito).

En otros casos, menos frecuentes, todas estas picaduras pueden provocar una reacción general o sistémica que implica al sistema inmune llamada **anafilaxia**, que se reconoce por:

- Inflamación de las vías aéreas altas ("edema de glotis") que obstruye la vía aérea de manera grave.
- Signos de shock vistos en temas anteriores: bajo nivel de conciencia, parálisis, alteración del pulso, rápido y superficial y piel pálida, fría y en muchas ocasiones.

Ante estas condiciones del herido, la alerta debe realizarse de manera urgente, así como la asistencia especializada al herido. Cuando se presenta reacción alérgica, se debe suministrar un antialérgico (antihistamínico, ya que el deportista suele tenerlos) y trasladar rápidamente al herido a un centro asistencial.

7. ATENCIÓN A PROBLEMAS CAUSADOS POR INTOXICACIONES ALIMENTARIAS

Los **criterios de gravedad** se establecen en función del tipo de producto, vía de administración, dosis o cantidad de tóxico, tiempo transcurrido desde la exposición al tóxico y características del individuo.

Los signos más relacionados con estas intoxicaciones son alteraciones digestivas como náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, etc.

¿Qué hacer en estos casos?

En líneas generales, la actuación ante este problema se centra en localizar el agente que genera la intoxicación, llamar al Instituto de Toxicología, (915620420, servicio de 24 horas) para ver si existe un antídoto para el tóxico, aunque a veces no se puede detectar. Para ello, se puede recabar información del tóxico a través de la ficha de seguridad y la etiqueta.

Es fundamental disponer de información sobre el tipo de tóxico, la vía de entrada, la concentración del mismo y el tiempo transcurrido desde que ocurrió.

TELÉFONO DE INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA



915 620 420

En el **caso de intoxicaciones alimentarias** no administrar ningún antidiarreico sin receta. Aconsejar reposo y que la persona beba abundantes líquidos tipo bebidas isotónicas. Estas medidas suelen ser suficientes, pero en algunos casos se debe acudir a un centro sanitario ante graves dolores abdominales, diarrea que no cesa y vómitos frecuentes.

Como regla general, **no se debe provocar el vómito**, salvo que se conozca a ciencia cierta el tipo de sustancia. No obstante, hay que respetar los vómitos espontáneos y la diarrea.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agreda, V. S. Anatomía topográfica y actuación de urgencia. Barcelona: Paidotribo Editorial, 2005.
- Ballas, M.; Kraut, E.H. Bleeding and bruising: a diagnostic work-up. Am Fam Physician. 2008, Apr, 15;77(8):1117-24.
- Barrera, J. Prevención de Riesgos en las Actividades Físicas. Málaga: Instituto Andaluz del Deporte. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía, 2005.
- Constan, A. Exposición a agentes biológicos: seguridad y buenas prácticas de laboratorio. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo.
- Flegel, M. Sport First Aid. A Coach's Guide to the Care and Prevention of AthleticInjuries. Champaign, IL.: Human Kinetics, 2008.
- Gutiérrez, E y Gomez, JL. (2012). Actuación general en primeros auxilios. Madrid, España: Editex.
- Jiménez, L. y Montero F.J. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Barcelona: Elsevier, 2010.
- Noguer, M. y Balcells, A. Exploración clínica práctica. Barcelona: Editorial Masson, 2005.
- Segui-Gómez, M. y MacKenzie, E.J. Measuring the public health impact of injuries. Epidemiol Rev. 2003; 25:3-19.
- SIKANA salud <https://www.sikana.tv/es/health>

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.



DESCARGAR TEMA EN PDF

**CICLO
INICIAL**



CENTRO SUPERIOR
DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS

TEMA 11

LESIONES PROVOCADAS POR FACTORES AMBIENTALES



MARZO 2021
© CESED

TEMA 11

LESIONES PROVOCADAS POR FACTORES AMBIENTALES

1. CASO DE LA ULTRACARRERA	PÁG. 4
2. EFECTOS NOCIVOS DEL CALOR.....	PÁG. 4
3. EFECTOS NOCIVOS DEL FRÍO	PÁG. 6
4. EFECTOS NOCIVOS POR TORMENTAS	PÁG. 7
5. MAL DE ALTURA	PÁG. 8
6. LESIONES ACUÁTICAS Y SUBACUÁTICAS. AHOGAMIENTO Y RIESGOS DEL BUCEO	PÁG. 8
7. MORDEDURAS Y PICADURAS.....	PÁG. 9
7.1. Mordeduras de mamíferos.....	Pág. 9
7.2. Picaduras.....	Pág. 10
8. INTOXICACIÓN POR ALIMENTOS	PÁG. 12
9. RESOLUCIÓN DEL CASO DE LA ULTRACARRERA	PÁG. 12
10. BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 13

1. CASO DE LA ULTRACARRERA

Mercedes, una estudiante del Ciclo Formativo de Acondicionamiento Físico, dedica parte de su tiempo libre a trabajar como voluntaria en los puestos de avituallamiento de las carreras atléticas, ya que ella fue corredora y tuvo que retirarse por una condromalacia en ambas rodillas.

Hoy tiene que dar botellitas de agua en una prueba de resistencia consistente en recorrer 100 kilómetros andando en veinticuatro horas (100×24), que organiza la Asociación «Corre, corre, que te pillo» y la revista «Aguanta que no es poco».

Los concursantes inscritos son 1.189 (jóvenes y menos jóvenes) y salen a las doce del mediodía desde el estadio «Wanda Metropolitano» de Madrid. El día es caluroso (se espera una máxima de 38º grados), aunque no estamos aún en pleno verano.

Mercedes, desde su puesto ubicado en el término de «El Gotoso», observa que un participante, que viene a lo lejos, se mueve en zigzag y que, tras andar un buen tramo de forma tambaleante, cae al suelo de rodillas. Al acercarse a él, le encuentra desorientado, con la mirada perdida y con la piel caliente y seca. Tras avisar por radio a los servicios sanitarios de emergencia destacados en la prueba, decidió retirar al participante del sol y colocarle debajo de la sombrilla de su puesto de avituallamiento. Le dio pequeños sorbos de agua, tal como recuerda que le dijeron que debía hacer en casos como este en un cursillo previo de Protección Civil.



Analiza, a través de las siguientes preguntas, los hechos ocurridos:

1. *¿Qué crees que has podido pasarle al participante que atiende Mercedes y por qué?*
2. *¿Son correctos los primeros auxilios llevados a cabo por Mercedes para ayudar al corredor?*
3. *¿Podía haber hecho algo más de lo que hizo?*
4. *¿Qué medidas preventivas hubieras recomendado al corredor para evitar lo ocurrido?*

2. EFECTOS NOCIVOS DEL CALOR

El organismo humano, en condiciones normales, es capaz de mantener estable la temperatura corporal, de modo que se adapta a las distintas situaciones ambientales; por eso decimos que el ser humano es homeotérmico. Sin embargo, hay situaciones en que la persona no puede mantener la temperatura corporal y se producen alteraciones más o menos graves, que pueden derivar en situaciones peligrosas.

¿Cómo generamos calor?

La temperatura corporal depende fundamentalmente de la producción de calor por parte de nuestro metabolismo y de la pérdida de calor por el contacto con el medio ambiente. Habitualmente hablamos de pérdida de calor, pero nos podemos encontrar lugares o situaciones donde lo que hagamos sea ganar calor.

La ecuación que define el calor corporal es:

$$\text{Calor Corporal} = \text{Metabolismo} + (\text{Conducción} + \text{Radiación} + \text{Convección} - \text{Evaporación})$$

Los tres primeros, conducción, radiación y convección, los consideramos mecanismos de ganancia o pérdida de calor seco, mientras que la Evaporación sería calor húmedo. La radiación consigue disipar el 65% de calor corporal siempre y cuando la temperatura ambiente sea menor que la corporal. Por otro lado, la evaporación sólo produce pérdida de calor que es llevada a cabo a través de la transpiración y la formación del sudor.

En aquellas zonas geográficas donde la temperatura ambiente supera a la corporal, el único mecanismo que tenemos para perder calor es la sudoración. Es importante además tener en cuenta que el sudor que gotea no produce una pérdida de calor importante llevándonos tan solo a la deshidratación.

La respuesta fisiológica al calor está condicionada por dos tipos de respuesta:

- **Adaptación rápida al calor:** mediada por el hipotálamo, centro térmico cerebral, produciendo un aumento de flujo sanguíneo a la piel, es decir periférico, aumentando el número de glándulas sudoríparas que trabajan y aumentan su capacidad de producir sudor. La producción de 1 litro de sudor conlleva la pérdida de 600 Kcal de calor. Se produce taquicardia refleja y aumenta el gasto cardíaco a razón de 3 L/min por cada grado de elevación de temperatura corporal.
- **Respuesta tardía al calor:** a adaptación resulta más fácil si se practica habitualmente deporte en ambientes cálidos. En cuanto ocurre esta adaptación se produce sudoración a temperaturas más bajas, volviéndonos más eficientes en la disipación de calor. Por otro lado, el riñón elimina menos sodio en la orina y sudor, con su consiguiente ahorro de esta sal y su correspondiente efecto osmótico.

Esto produce, respecto a la adaptación rápida al calor:

- Disminución de la frecuencia cardíaca.
- Disminución de la temperatura corporal.
- Aumento del volumen plasmático con la posible aparición de cierto grado de anemia respecto al periodo invernal.

Para que esta adaptación sea posible se necesitan al menos 14 días de exposición al calor en períodos de al menos una hora al día, cediendo esta adaptación en cuanto cesa el calor.

Los deportistas presentan el principal factor de riesgo para este tipo de situación, que es la producción de calor mediante la actividad física, pudiendo elevar la temperatura corporal hasta $0,3^{\circ}\text{C}/\text{minuto}$.

Por otro lado, se someten sesiones de entrenamiento o competición en horas y ambientes excesivamente calurosos y/o húmedos, por si fuera poco, presentan durante la práctica deportiva mayor o menor grado de deshidratación, lo que disminuye la capacidad para eliminar calor.

Si además el deportista está tomando algún fármaco por enfermedades como la hipertensión o, los riesgos se multiplican hasta límites insospechados, aunque de manera individual hay casos donde el deportista tiene una propensión personal (existen personas más susceptibles a padecer problemas con el calor durante el ejercicio).

3. EFECTOS NOCIVOS DEL FRÍO

Las bajas temperaturas son uno de los mayores peligros para quienes practican deportes de invierno, hacen alpinismo o simplemente salen a la montaña durante los meses fríos sin la adecuada preparación. Aquellos que se ven sometidos a la acción del frío intenso pueden sufrir hipotermia y, en los casos más graves, congelación. La termorregulación del organismo activa los mecanismos de compensación del frío que van dirigidos a incrementar la producción de calor; así, aumentan las contracciones musculares (escalofríos) y se produce una vasoconstricción periférica. Cuando la temperatura corporal desciende por debajo de los 30-32°C, los mecanismos automáticos de producción de calor (escalofríos y vasoconstricción periférica) pierden eficacia y dejan de funcionar.

La hipotermia es la disminución de la temperatura corporal central por debajo de los 35 °C, como consecuencia de una exposición prolongada al frío. Nuevamente los ancianos y los niños son los más expuestos y, por tanto, los de mayor riesgo. La conjunción del frío y el viento, el cansancio, una alimentación deficiente y la ropa húmeda son los factores causantes de la hipotermia o enfriamiento generalizado, también llamado crioplexia o aterimiento.

En una situación de bajas temperaturas, los vasos sanguíneos capilares se vuelven más permeables, por lo que hay una extravasación de plasma hacia los tejidos, lo que origina edema e inflamación con la aparición de ampollas.

A medida que la temperatura sigue bajando, el agua contenida dentro de las células se va solidificando, por lo que aumenta el edema y la inflamación comprometiéndose aún más la inervación y la circulación en la zona.

Existen una serie de factores que pueden predisponer a la hipotermia y debemos considerarlos:

- **El tiempo de exposición al frío:** la exposición aumenta la pérdida de calor corporal.
- **El viento:** tiene gran capacidad de enfriamiento y disminuye la sensación térmica. Por ejemplo, una temperatura de 0 °C con un viento de 5 m/s equivaldría a -8 °C, mientras que con un viento de 20 m/s la equivalencia sería de -19 °C.
- **La humedad, la vestimenta y el ejercicio:** si una persona realiza ejercicio con ropa mojada, consume un 50 % más de oxígeno que si lo practicase con la ropa seca. Estando bien entrenado, el individuo podrá mantener un paso rápido y producir calor, salvando la disminución del aislamiento provocada por la ropa mojada. En sujetos poco entrenados, el calor que generan haciendo ejercicio no compensa la pérdida, el músculo se paraliza y la producción de calor disminuye.
- **La desnutrición y el alcoholismo:** una mala nutrición disminuye el aporte calórico; mientras que el consumo de bebidas alcohólicas produce una vasodilatación que contribuye al enfriamiento del organismo.
- **La ropa de baja calidad y los objetos metálicos en contacto con el cuerpo:** una vestimenta no adecuada, poco o nada transpirable y que no elimine el sudor, aumenta las condiciones de humedad sobre la piel con las consecuencias que ya se han comentado. Cuando dos cuerpos a diferente temperatura están en contacto, ambos tienden al equilibrio térmico, de tal manera que uno de ellos roba calor al otro. No debemos refugiarnos en lugares con superficies metálicas a bajas temperaturas y en contacto con ellas.

- **El factor psicológico:** la experiencia y el endurecimiento que da un adecuado entrenamiento ayudan a sobrevivir en ambientes adversos. Abandonarse, ceder a la fatiga y al cansancio favorecen que el sueño se apodere de nosotros y ello puede significar la muerte.

4. EFECTOS NOCIVOS POR TORMENTAS

Lesiones por el rayo

Aunque se trata de un traumatismo poco frecuente, sin embargo la lesión por el rayo (fulguración) es una de las causas principales de muerte debidas a fenómenos meteorológicos. Habitualmente la causa de la muerte suele ser un paro cardíaco como consecuencia de la descarga eléctrica atmosférica sobre el organismo. Aun no produciéndose la muerte, casi el 75 % de los pacientes tendrán secuelas importantes.

Esta forma de electricidad atmosférica es más dañina y de mayor magnitud que la electricidad producida por el ser humano.

Impacto por un rayo en entrenamiento



Las lesiones que produce una descarga eléctrica atmosférica pueden ser:

- **Eléctricas:** calentamiento instantáneo y vaporización del calzado y ropa desnudando prácticamente en su totalidad a la víctima, quemaduras en pliegues de humedad como axilas e ingles, y en la piel en contacto con objetos metálicos como relojes, pulseras y medallas. Puede haber muerte instantánea por parada cardiorrespiratoria.
- **Lumínicas:** lesiones en retina y cataratas, incluso ceguera. Las lesiones oculares pueden aparecer días o semanas más tarde.
- **Traumáticas:** similares a las de las explosiones, dañando el pulmón (fatiga), los oídos (sordera) y los huesos y articulaciones (fracturas y lesiones musculares).

Este tipo de lesiones son ocasionadas en el mundo del deporte por formas de electricidad natural, como el rayo o tormentas eléctricas, donde la lluvia agrava el problema. En general, las lesiones frecuentes son las quemaduras, pero la manifestación más grave que la quemadura eléctrica es la electrocución.

¿Qué debemos hacer si nos sorprende una tormenta eléctrica?

- No permanecer junto a árboles, postes, antenas de radio o de televisión y objetos metálicos en general.
- Alejarse de lugares elevados, entradas de grutas o corrientes de aire.
- En general, en descampados, tenderse cuerpo a tierra, y si estamos junto al coche, introducirse en el mismo con el contacto apagado y las ventanillas subidas. En estos casos los neumáticos son un buen aislante del terreno y del ambiente.

5. MAL DE ALTURA

Sobrevivir indefinidamente a alturas por encima de los 4.500 m. es casi imposible. El mal de altura, también conocido como mal de montaña, ya que es aquí donde con más frecuencia se produce, no es más que una patología derivada de la mala tolerancia del organismo a la altitud cuando sobrepasa determinados límites, o se expone a condiciones climáticas especiales.

En un individuo sano el factor altura pasa casi inadvertido por debajo de los 2.500 m. Por encima de los 4.500 m. la presión de oxígeno disminuye a 50 mm. Hg., lo que implica que para mantener una correcta saturación de la hemoglobina para las necesidades vitales y de esfuerzo, debe aumentar la frecuencia cardíaca y respiratoria y, en consecuencia, la tensión arterial. Cuanto más se sube en altitud, más disminuye la temperatura: cada 1.000 m. la temperatura baja entre 6 y 7 °C. Este factor es más importante de lo que se cree, pues la climatología influye en gran medida en el mal de altura. De hecho, este problema aparece a diferentes alturas según las distintas regiones del mundo. La baja temperatura condiciona una serie de reflejos destinados a llevar más sangre y, por tanto, más calor al corazón y al cerebro, a costa de las zonas periféricas, como las extremidades. Rápidamente aparecen escalofríos y calambres musculares que crean un estado de alarma y malestar con el objetivo de aumentar la temperatura cutánea. Este desgaste energético implica una pérdida no solo calórica, sino también de líquidos y electrolitos por el sudor.

El mal de altura, también conocido como mal de montaña , no es más que una patología derivada de la mala tolerancia del organismo a la altitud.

Especialmente tres factores agravan la patología de mal de altura:

- Disminución de la presión del oxígeno y del dióxido de carbono en los alvéolos pulmonares.
- Disminución de la temperatura.
- Deshidratación.

6. LESIONES ACUÁTICAS Y SUBACUÁTICAS. AHOGAMIENTO Y RIESGOS DEL BUCEO

El ahogamiento

El ahogamiento es una causa común de muerte accidental en España. Casi todo nuestro país está rodeado de costas y playas y, en el interior, hay lagos, ríos y piscinas, tanto naturales como artificiales, lo que constituye una lámina de agua muy extensa que sirve para que en ella se desarrolle todo tipo de actividades. La consecuencia más importante y lesiva del ahogamiento es la falta de oxígeno fundamentalmente en el cerebro. El tiempo que dure esta falta de oxígeno será el factor crítico determinante del pronóstico del accidentado. Tras un episodio de ahogamiento, la reanimación inmediata en el propio escenario donde ha tenido lugar es esencial para la supervivencia y la recuperación neurológica del accidentado.

Los riesgos del buceo

Los problemas más frecuentes con los que se van a encontrar los aficionados al submarinismo son de dos tipos: los derivados del entorno acuático donde se desarrolla esta actividad, como traumatismos, ataques de animales marinos, etc., y los derivados de la respiración de gases comprimidos a una presión más alta que la atmosférica normal.

Bajo el agua el organismo se enfrenta a unas condiciones físicas adversas, como el frío, la humedad, los cambios en la luminosidad y transmisión del sonido y un aumento de la densidad y presión del medio

Los cambios de presión son el principal factor de riesgo para el buceador en inmersiones profundas. Durante la inmersión y dependiendo del tipo de aguas, de su localización geográfica y de la experiencia y preparación del submarinista, pueden aparecer una serie de problemas comunes como son la hipotermia leve o los calambres musculares, que tienen una rápida solución si se detectan rápidamente.

Sin embargo, existen otra serie de problemas más específicos, como son la descompresión, la embolia gaseosa y los traumas por presión, que pueden llegar a comprometer la vida del buceador. Cuanto mayor es la profundidad, mayor es la presión y con más facilidad se disuelven el nitrógeno y el oxígeno en la sangre y los tejidos. Si durante el ascenso el buceador aguanta la respiración, o se produce un espasmo de los bronquios, el gas puede quedar atrapado en los pulmones y aumentar de volumen dentro del tejido pulmonar. Esto provoca una diferencia de presión entre los alvéolos y la sangre que puede hacer que pasen burbujas de aire a la circulación quedando atrapadas en el torrente sanguíneo y ser transportadas por la sangre a todos los tejidos, pero fundamentalmente al pulmón y al cerebro.

Los baro-traumas son debidos al atrapamiento de aire en las cavidades aéreas, como son los senos nasales y frontales, el tímpano o en piezas dentarias que han sufrido ortodoncia. En su interior los gases del aire se expanden generando dolor y posibles lesiones.

7. MORDEDURAS Y PICADURAS

Cada vez es mayor el número de aventureros, montañeros, turistas y deportistas que acuden a la naturaleza buscando contacto con el medio, a través de paisajes caprichosos y rincones de singular belleza donde poder sentir todos los atractivos para el ocio y la práctica de deportes de montaña y aventura. No solo el terreno y la flora tienen su riesgo, no siempre bien ponderado, sino que también la fauna puede ser tan bella como salvaje y peligrosa.

La especie humana es altamente susceptible a la acción de ciertos venenos de origen animal, sufriendo desde la antigüedad enfermedades, en ocasiones mortales, por las mordeduras y picaduras de animales. La mayoría de los ciudadanos temen los peligros que implican determinados insectos, arácnidos o animales como serpientes o incluso tiburones. Sin embargo, las estadísticas indican claramente que las mordeduras por mamíferos son las más frecuentes. Casi el 90 % de estos accidentes ocurren en el medio doméstico, urbano y rural, donde las mordeduras de perros, gatos y las de humanos son las más frecuentes. A pesar de ello la mayoría carecen de gravedad (80%).

7.1. Mordeduras de mamíferos

Las mordeduras de perros, gatos y las de humanos son las más frecuentes. A pesar de ello, la mayoría carecen de gravedad (80%) y menos del 1 % de los casos han necesitado hospitalización.

Mordeduras de perros

Son las más frecuentes de todas las mordeduras animales. La mayoría son de perros con dueño. En todos los casos, cuando el lesionado es un niño, la lesión se localiza en la cabeza y en el cuello, y cuando se trata de un adulto suele ser en las extremidades superiores. En los últimos años se ha producido un incremento en la incidencia de mordeduras fatales, debido seguramente a perros de raza de gran tamaño, agresividad y una tremenda fuerza de prensión mandibular.



Fig. 1. Mordeduras en la mano

En nuestro ámbito deportivo, los incidentes estarían restringidos a las disciplinas de caza, donde los perros están perfectamente adiestrados.

Mordeduras humanas

No existen datos exactos sobre su incidencia, ya que muchas no son comunicadas. Suelen ser frecuentes en ambientes infantiles, durante juegos o peleas y acostumbran a ser heridas superficiales o abrasiones. Sin embargo, en adultos tienen más relación con agresiones o en nuestro ámbito con deportes de contacto.

La localización es bastante uniforme, afectando sobre todo a las extremidades superiores (tercer y cuarto dedo), seguido de la región cérvico-facial. Una característica de estas lesiones es la inoculación en la mordedura de gran cantidad de bacterias aerobias y anaerobias presentes por un lado en la saliva del mordedor y, por otro, en la piel del accidentado, lo que motivará un número frecuente de infecciones, sobre todo en los adultos, donde las heridas son más profundas.

7.2. Picaduras

Constituyen un grupo frecuente de intoxicaciones que en ocasiones revisten gravedad y, excepcionalmente, llegan a ser mortales en nuestro medio. Por razones de brevedad y espacio obviaremos la clasificación taxonómica de las especies implicadas nombrando a título popular las más frecuentes en España.

En las siguientes tablas puedes encontrar las picaduras más frecuentes en España y qué problemas ocasionan:

INSECTOS MÁS FRECUENTES IMPLICADOS EN LESIONES DE PRIMEROS AUXILIOS	
AVISPAS, ABEJORROS, MOSQUITOS Y TÁBANOS	No pierden ninguna parte de su cuerpo durante la picadura; pueden picar varias veces.
ABEJAS	Pierden el aguijón; mueren tras la picadura (solo la hembra, ya que el macho o zángano no realiza la función de proteger la colmena).

Tabla 1. Insectos que provocan reacciones con frecuencia

OTROS INSECTOS	
HORMIGA ROJA	Pulverizan ácido fórmico, que es muy irritante, a través del ano.
CHINCHE	Está provista de una trompa puntiaguda que atraviesa la piel humana. Vive en grietas de muebles y en ropa de cama. Pican de noche. Produce pápulas pruriginosas.
PULGA	Insecto chupador. Viven en el huésped o cerca de él. Una misma pulga produce varias picaduras agrupadas. La lesión es muy pruriginosa, a ello se añaden las lesiones por rascado.
ORUGAS EN GENERAL Y PROCESIONARIA DEL PINO EN PARTICULAR	Lesiones por contacto o penetración en la piel de sus pelos venenosos. Producen pápulas muy pruriginosas. Para retirar los pelos de la piel, se utiliza una tira de esparadrapo.

Tabla 2. Insectos menos frecuentes que originan problemas de salud

MIRIÁPODOS	
ESCOLOPENDRA Y CIEMPIÉS	Se hallan debajo de las piedras y en zonas de humedad. Causan lesiones puntiformes muy dolorosas con prurito y edema, además de linfangitis y adenopatías.
SERPIENTES	
VÍBORAS (<i>Vipera latasti</i>, <i>Aspid</i> y <i>Vipera berus</i> o víbora común europea)	Causan manifestaciones locales y generales intensas por inoculación de 3 a 20 mg de un veneno mezcla de enzimas y polipéptidos no enzimáticos, elementos responsables de los efectos sistémicos y hematológicos.
CULEBRAS (bastarda o de Montpellier, y de Cogulla)	Causan fundamentalmente exoneraciones cutáneas con raras manifestaciones cutáneas.

Tabla 3. Serpientes y gusanos más tóxicos

ARÁCNIDOS	
VIUDA NEGRA	Habita en zonas rurales de la cuenca mediterránea. Segrega una toxina neurotóxica.
ARAÑA MARRÓN O DE LOS RINCONES	Fundamentalmente doméstica. En España es poco tóxica; su veneno es proteolítico.
TARÁNTULA	Vive en el litoral mediterráneo. Su picadura es muy dolorosa.
ESCORPIÓN AMARILLO O ALACRÁN	El veneno está localizado en una vesícula de su extremo caudal. Segrega una neurotoxina con gran reacción local.
GARRAPATA	Parásito de diversos animales, de donde llega al ser humano. Posee dos uñas y una trompa que le permite succionar la sangre del huésped y que mantiene fresca gracias a una sustancia anticoagulante de su saliva. Produce una pápula pruriginosa que, o bien desaparece, o se convierte en 48 horas en una placa necrótica típica. Hay que matarla antes de extirparla, sino sus piezas mandibulares se rompen quedando en el interior.
ANIMALES MARINOS	
ANÉMONAS Y MEDUSAS	Poseen filamentos o flagelos capaces de inocular el tóxico por contacto, produciendo maculopápulas eritematosas con sensación quemante.
ERIZOS DE MAR, PEZ ARAÑA Y CABRACHO	Su aparato venenoso está asociado a una espina o grupo de ellas, de localización dorsal o ventral, conectadas a una glándula con el tóxico. Producen lesiones fundamentalmente en el pie y su mecanismo de acción es doble, mecánico por la punción y químico por el tóxico. Dolor intenso que puede durar hasta dos días. Edema de toda la extremidad con adenopatías.

Tabla 4. Arácnidos y animales marinos venenosos

8. INTOXICACIÓN POR ALIMENTOS

En este apartado se incluyen tanto las intoxicaciones producidas por aquellos productos que son tóxicos por sí mismos (ciertas plantas, setas y hongos), como las producidas por el consumo de aguas contaminadas o alimentos en mal estado o por estar contaminados por insecticidas, aditivos, o gérmenes como la salmonella y el estafilococo.

Los alimentos no lavados o manipulados de forma incorrecta (crudos, mal cocidos, lavados con agua contaminada, o bebidas enfriadas con hielos hechos con agua contaminada) son los causantes de la mayoría de las intoxicaciones alimentarias.

9. RESOLUCIÓN DEL CASO DE LA ULTRACARRERA

1. ¿Qué crees que has podido pasarle al participante que atiende Mercedes y por qué?

El corredor sufría un golpe de calor. El paciente que sufre una insolación presenta una piel brillante y sudorosa, mientras que cuando se padece un golpe de calor, la piel está caliente y seca.

2. ¿Son correctos los primeros auxilios llevados a cabo por Mercedes para ayudar al corredor?

Mercedes obró correctamente. En ambos casos hay que retirar a la persona afectada del sol y situarla a la sombra en un lugar fresco y ventilado. Luego se colocan paños húmedos en la frente y se le da a beber pequeños sorbos de agua y líquidos isotónicos fríos.

3. ¿Podía haber hecho algo más de lo que hizo?

Mercedes además podía haber puesto paños húmedos de agua fría en la frente del corredor e, incluso, utilizar algún mecanismo para enfriar al corredor como ventiladores.

4. ¿Qué medidas preventivas hubieras recomendado al corredor para evitar lo ocurrido?

El corredor es responsable de llevar la cabeza cubierta y una buena hidratación.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Agreda, V. S. *Anatomía topográfica y actuación de urgencia*. Barcelona: Paidotribo Editorial, 2005.
- Ballas, M.; Kraut, E.H. *Bleeding and bruising: a diagnostic work-up*. Am Fam Physician. 2008, Apr, 77(8):1117-24.
- Barrera, J. *Prevención de Riesgos en las Actividades Físicas*. Málaga: Instituto Andaluz del Deporte. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía, 2005.
- Constans, A. *Exposición a agentes biológicos: seguridad y buenas prácticas de laboratorio*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Disponible en web en www.insht.es. Acceso el 3 de mayo de 2013.
- Cruz Roja Española. *Formación en socorros. Socorrismo y Primeros Auxilios*. Madrid: El País Aguilal, 2008.
- Cruz Roja Española. *Serie de videos de Primeros Auxilios* (2011). Extraído el 5 de mayo de 2016 de: <https://www.youtube.com/watch?v=5vupeEhNTh0&list=PLF987A9EA3C68C6F1&index=1>
- Flegel, M. *Sport First Aid. A Coach's Guide to the Care and Prevention of AthleticInjuries*. Champaign, IL.: Human Kinetics, 2008.
- Gutierrez, E y Gomez, JL. (2012). *Actuación general en primeros auxilios*. Madrid, España: Editex.
- Jiménez, L. y Montero F.J. *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. Barcelona: Elsevier, 2010.
- Noguer, M. y Balcells, A. *Exploración clínica práctica*. Barcelona: Editorial Masson, 2005.
- Segui-Gómez, M. y MacKenzie, E.J. *Measuring the public health impact of injuries*. Epidemiol Rev. 2003; 25:3-19.



CICLO INICIAL



CENTRO SUPERIOR
DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS

TEMA 11

OTRAS LESIONES MENORES



MARZO 2021
© CESED

TEMA 11

OTRAS LESIONES MENORES

1. INTRODUCCIÓN.....	PÁG. 4
2. ACCIDENTES EN LA CABEZA Y CARA	PÁG. 4
2.1. Accidente dental	Pág. 4
2.2. Accidentes oculares	Pág. 5
2.3. Hemorragia nasal	Pág. 6
2.4. Fractura nasal	Pág. 7
2.5. Lesiones de la oreja y oído.....	Pág. 8
3. DOLOR DE CABEZA	PÁG. 9
4. DIARREA AGUDA.....	PÁG. 10
5. INFECCIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS: CELULITIS	PÁG. 11
6. AMPOLLAS.....	PÁG. 11
7. DISMENORREA	PÁG. 12
8. BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 14

1. INTRODUCCIÓN

En esta actividad vamos a tratar diferentes situaciones que pueden acontecer en el entorno deportivo que no están incluidas en los temas anteriores por ser poco frecuentes, muy específicas o difíciles de clasificar en ellos.

Vamos a ver diferentes situaciones aisladas que consideramos que el técnico deportivo debe conocer, ya que en muchas ocasiones es el primer auxiliador del deportista para tratar un evento lesivo deportivo de la manera más correcta. En cada situación pasaremos a describir el problema, cómo identificarlo correctamente y qué procedimientos generales de primeros auxilios debería aplicar el técnico deportivo hasta la llegada de ayuda especializada o traslado a un centro sanitario.

2. ACCIDENTES EN LA CABEZA Y CARA

2.1. Accidente dental

Son lesiones que se producen tras un traumatismo en las partes blandas de la cara con o sin lesiones en los dientes. Las **piezas dentarias** que más frecuentemente se afectan son, en orden de frecuencia: incisivo central superior, incisivo lateral superior e incisivo central inferior.

La posibilidad de sufrir traumatismos y golpes y que **un deportista pierda un diente** es un problema que ocurre con frecuencia en categorías inferiores y profesionales, y en deportes sobre todo de contacto, aunque en ellos existe más conciencia de utilizar **protector bucal**. Según la Asociación Española de Endodoncia (AEDE) el 80% de las piezas dentales que se desprenden de la boca ante un traumatismo pueden reimplantarse si se actúa de forma adecuada.

Los problemas que se pueden ocasionar tras un traumatismo son:

- **Fractura del diente:** se rompe un fragmento del diente.
- **Luxación del diente:** se desplaza dentro de su alvéolo, pero no se sale del mismo.
- **Avulsión:** se llama así a la salida completa del diente de su alvéolo, que además deja fracturada la entrada y salida de vasos sanguíneos y nervios.

Actuación ante un problema dental

- En el traumatismo de la **boca y los dientes**:
 - Luminar suavemente la boca, pudiendo utilizar antiséptico bucal tipo Oraldine©.
 - Si se puede observar que hay inflamación hinchazón en la zona, aplicar frío local.
- En caso de traumatismo dental en **dientes permanentes** (en niños mayores de 6 años):
 - Si el diente se desprende de la boca hay que localizarlo y **cogerlo por la corona**, nunca por la raíz.
 - Si la pieza está sucia, hay que **lavar el diente lo antes posible** con agua fría o suero (nunca hay que frotar ni usar jabón) durante un máximo de 10 segundos y después, volver a colocarlo en el alveolo, esto es, el hueco en el que se alojaba en la boca. Es cierto que algunos autores no recomiendan recolocar el diente si no se está seguro de hacerlo correctamente. En este caso se debe acudir al dentista rápidamente, sobre todo si se ha desprendido por completo el diente.
 - Si no es posible recolocarlo, hay que **introducir el diente en un vaso con suero fisiológico** o leche y acudir al odontólogo lo antes posible, preferiblemente antes de una hora.
 - Informar rápidamente a los padres (en el caso de menores de edad) y solicitar ayuda porque es fundamental la derivación al dentista, ya que el diente **podría implantarse** en un plazo recomendado **no superior a las 2 horas**.

ACCIDENTE DENTAL

**2.2. Accidentes oculares**

En el ámbito deportivo se producen por varias causas, siendo las más frecuentes:

- Contusiones.
- Entrada de cuerpos extraños (arena, pestañas, pequeñas partículas, diminutos insectos, etc.).

El mecanismo de la lesión puede ayudar a determinar la probabilidad de que se presenten problemas graves. Los traumatismos de alta velocidad (como un puñetazo o un codazo en el ojo) tienen el potencial de causar una lesión ocular penetrante o una fractura de órbita (y deben tomarse muy en serio).

El polvo de otros materiales extraños que caen, se soplan o se frotan en el ojo probablemente desencadenará una abrasión corneal. Este es un problema común en los deportes de playa como fútbol playa, balonmano playa, rugby playa o vóley-playa (donde la arena con frecuencia causa irritación ocular).

Los síntomas y signos que ocasionan son:

- Dificultad para mantener abierto el ojo.
- Sensación de roce y quemazón.
- Lagrimeo.
- Enrojecimiento.
- Puede llegar a causar dolor y aumento de la inflamación.

Cualquier deportista que tenga una agudeza visual reducida, movimientos oculares restringidos, dolor intenso o visión borrosa persistente debe ser trasladado para una evaluación.



Fig. 1. Lesiones en ojos por la arena



Fig. 2. Hemorragia ocular (hifemia)

Asimismo, cualquier deportista que tenga una hifemia (sospecha de lesión penetrante o hemorragia en el ojo) debe ser trasladado inmediatamente para una evaluación por un especialista.

Las lesiones más leves, como una abrasión de la córnea, pueden tratarse con gotas lubricantes para los ojos de suero salino o pomadas antibióticas.

Actuación ante problemas oculares:

- Debe comentarse al deportista que no se frote el ojo para no generar más daño.
- El técnico deportivo que presta atención debe lavarse las manos con agua y jabón y secarlas bien para explorar el ojo.

- Explorar el ojo con buena luz, ya que el cuerpo extraño puede estar fuera o bajo el párpado.
- Pedir al deportista que parpadee y luego separe los párpados uno del otro con cuidado, porque esto favorece el lagrimeo. A veces con esto basta para expulsar la partícula.
- Lavar el ojo con suero fisiológico “a chorro” si se ve directamente la partícula.
- Si no se observa nada, buscar debajo del párpado: empieza por el **párpado inferior**, que es el primer lugar donde se suelen quedar los cuerpos extraños, con cuidado. Pedir al deportista que mire hacia arriba, traccionar suavemente del párpado hacia abajo y, si se localiza, intentar retirar el cuerpo extraño con una gasa estéril.
- Si se busca el cuerpo extraño en el **párpado superior**, separarlo del ojo e intenta retirarlo con una gasa estéril. Si el cuerpo extraño está clavado en el ojo, no se debe intentar manipular y alertar en seguida al 112.
- No es recomendable intentar retirar la partícula si está clavada, poner colirios, pomadas...o frotar los párpados.

En ocasiones puede ocurrir una lesión de retina por un golpe directo en el ojo o en la parte posterior de la cabeza. El daño central de la retina (mácula) causa visión borrosa fundamentalmente y limitación del campo visual. El desprendimiento de retina puede ocurrir siguiendo mecanismos similares y puede presentarse meses después de la lesión inicial. Esto debe sospecharse cuando un jugador informa de un aumento repentino de destellos y flotadores o una “cortina” que se extiende sobre el campo visual.

En ambos casos, se necesita una **evaluación oftalmológica urgente**.

2.3. Hemorragia nasal

La hemorragia como la salida de la sangre por un vaso sanguíneo debido a su rotura, interna o externa en la nariz se denomina epistaxis.

Se producen por varias causas, siendo las más frecuentes:

- Caídas.
- Cortes y heridas.
- Golpes, traumatismos

En la mayoría de casos, la hemorragia tiene su origen en el tabique nasal, que es el cartílago vertical que separa las cámaras nasales y está recubierto de vasos sanguíneos muy frágiles, que pueden romperse.

El principal signo o síntoma de la epistaxis es el sangrado nasal. En principio, las epistaxis suelen ser escasas y de duración limitada aunque en casos de mayor gravedad, la sangre puede salir por uno de los orificios nasales y/o hacerse bilateral conforme la sangre fluye por las fosas nasales.



Fig. 3. Hemorragia nasal

El principal signo o síntoma de la epistaxis es el sangrado nasal. En principio, las epistaxis suelen ser escasas y de duración limitada aunque en casos de mayor gravedad, la sangre puede salir por uno de los orificios nasales y/o hacerse bilateral conforme la sangre fluye por las fosas nasales.

Actuación ante epistaxis:

En el caso que nos ocupa, la actuación será la siguiente:

- Inclinar la cabeza ligeramente hacia delante.
- Apretar con firmeza la porción blanda de la nariz con los dedos pulgar e índice, de tal manera que ambas fosas nasales estén bien cerradas durante 5 a 10 minutos o solo lateralmente por un lado en el caso de localizar la fosa nasal sangrante.
- Si el sangrado continúa, coger una gasa estéril e introducirla empapada en agua oxigenada o vaselina por el orificio lo máximo que se pueda (para que ejerza presión). Debe tenerse precaución para dejar parte de la gasa fuera para poder extraerla más tarde.
- Si después de realizar estas maniobras el sangrado nasal persiste, debe acudir de inmediato a un servicio de urgencias de otorrinolaringología.

ACTUACIÓN ANTE SANGRADO NASAL



2.4. Fractura nasal

La nariz es el hueso facial más común que se fractura y la lesión comúnmente afecta al tabique nasal.

El sangrado nasal (o epistaxis) es un síntoma relativamente común (y puede deberse a muchas causas diferentes). La fuente del sangrado rara vez es visible. Esto puede ser difícil de manejar en el campo de juego.

Es necesario comprobar si la apariencia física de la nariz ha cambiado o está torcida. Debemos palpar cuidadosa las estructuras óseas alrededor de la cara, valorar la sensibilidad de la cara al dolor y valorar los campos visuales y los movimientos oculares. Recordar siempre evaluar las lesiones asociadas.

Al inspeccionar la nariz, es especialmente importante buscar un hematoma. **Por ejemplo, el daño al cartílago puede producir una acumulación de sangre dentro de la nariz. Si esta sangre no se drena rápidamente, puede ocasionar una deformidad permanente que causa un bloqueo nasal.** Los hematomas necesitarán drenaje y taponamiento por parte de un otorrinolaringólogo.

Actuación ante la sospecha de fractura nasal:

Las acciones que el técnico deportivo puede acometer son las siguientes:

- Como hemos visto anteriormente, la compresión directa, la aplicación de vaselina o taponar la nariz pueden ser buenas estrategias.
- Mantener al deportista en una posición sentada con la cabeza neutra o hacia delante, sin inclinar la cabeza hacia atrás para que la sangre no baje por la garganta.
- Taponar la nariz para reducir el sangrado puede ser muy doloroso, pero se debe intentar en la medida de lo posible.
- Para disminuir la inflamación/hinchazón y el dolor se puede aplicar hielo o compresas frías.

En el momento agudo donde existe una deformidad significativa, es necesario la revisión en un centro sanitario, aunque en la mayoría de las situaciones, es preferible dejar pasar varios días para que mejore el edema. La reducción de la fractura debe realizarse en un plazo de 5 a 10 días.

Idealmente, el deportista debe evitar el contacto físico durante tres semanas. Se pueden usar mascarillas termoplásticas para ayudar a proteger la lesión.



Fig. 4. Mascarilla protectora nasal

2.5. Lesiones de la oreja y oído

Pueden aparecer varias lesiones:

- **Oreja de coliflor:** este término se refiere a un hematoma entre la piel y el cartílago del pabellón de la oreja, también conocido como hematoma auricular traumático. Es una lesión muy común en luchadores de casi todos los estilos, pero también la sufren en gran medida los jugadores de rugby y antiguos boxeadores.

Si no se trata de manera adecuada, este tipo de lesión puede provocar una deformidad de por vida. El hematoma puede generar una fibrosis en dos semanas.

La actuación inicial incluye el uso de hielo y compresión. El tratamiento definitivo consiste en la aspiración del hematoma seguida de compresión directa con gasa empapada en silicona.

Luego, el deportista debe ser examinado diariamente para verificar su progreso y asegurarse de que no ha habido ninguna recurrencia. Existe un pequeño riesgo de infección por algunas bacterias.

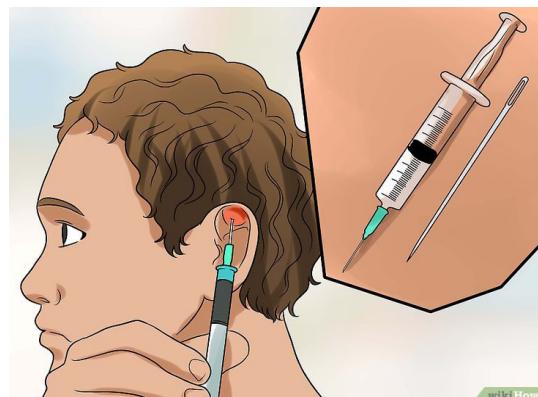
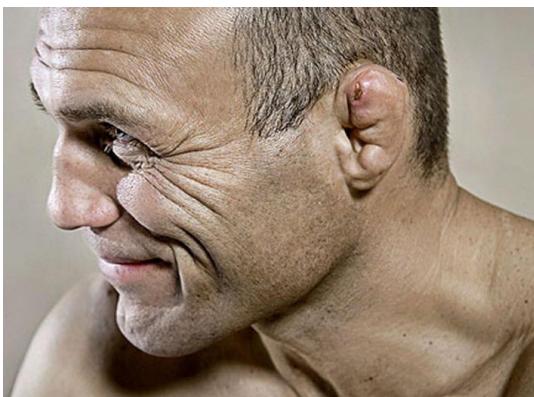


Fig. 5-6. Oreja de coliflor y extracción de sangre en lóbulo

- **Otitis externa:** este problema es común entre aquellos deportistas que nadan o entran frecuentemente en el medio acuático. Si bien generalmente es causada por una infección bacteriana, también puede ser causada por una infección por hongos.

Los deportistas suelen presentar dolor de oído y puede haber una secreción de líquido y, en algunos casos, problemas de audición e irritabilidad. El canal auditivo suele estar rojo y la compresión del oído suele causar dolor al jugador.

La atención a este problema incluye:

- Evitar que el deportista se frote o use bastoncillos o hisopos de algodón.
 - Mantener el oído seco. El uso tópico de alcohol, aceite o gotas antibióticas también son estrategias generalmente útiles.
 - Aplicar alcohol tópico después de nadar para secar eficazmente el canal.
 - Mantener la cabeza fuera del agua mientras está dentro de la piscina. El uso de tapones solo en el momento de práctica es una buena estrategia preventiva.
- **Rotura de la membrana timpánica:** este problema suele ocurrir después de un golpe directo en la oreja o la cabeza. El presentar dolor, disminución de la audición y, a veces, sangrado. El deportista debe ser evaluado con un otoscopio para definir y documentar la lesión (y el tamaño de la lesión).

La mayoría se cura con un tratamiento conservador durante dos semanas a base de tener seco el oído y algunos antibióticos en pastillas. Todo ello debe ser supervisado por un ORL.

3. DOLOR DE CABEZA

Los dolores de cabeza son un síntoma muy común tanto en la población general como en los deportistas. Las migrañas y los dolores de cabeza por esfuerzo son más comunes en las mujeres, mientras que los dolores de cabeza postraumáticos son más comunes en los hombres (lo que refleja mayores tasas de participación en deportes de colisión). En general, los dolores de cabeza por esfuerzo son probablemente el tipo de dolor de cabeza más común en los deportistas.

Muchos deportistas que presentan síntomas de dolor de cabeza tienen un "diagnóstico" de dolor de cabeza preexistente que se ve agravado por la práctica deportiva.

En ciertos deportes de contacto, hasta el 50% de los deportistas manifiestan dolores de cabeza regulares como consecuencia de su participación atlética.

Según el motivo que la cause se pueden distinguir:

- **Cefalea por tensión**

Estos son los tipos más comunes de dolor de cabeza. Los deportistas generalmente se quejan de una sensación constante de opresión o presión, que a menudo está relacionada con el estrés. Los dolores de cabeza suelen ser bilaterales, no pulsátiles y relativamente leves.

Si bien no hay náuseas ni vómitos asociados, puede haber fotofobia o fonofobia (mayor sensibilidad a la luz y a los fuertes ruidos) pero no ambas. El tratamiento con simples analgésicos y AINE (tipo paracetamol o ibuprofeno) suele ser eficaz.

- **Migrañas**

Los deportistas con migrañas suelen tener dolores de cabeza episódicos que son unilaterales y pulsátiles. Estos son de intensidad moderada a severa y duran entre 4 y 72 horas (promedio de 6 a 8 horas). Son frecuentes las náuseas y los vómitos, así como la fotofobia y la fonofobia. Existen múltiples factores desencadenantes, incluidos el esfuerzo y acciones traumáticas.

El tratamiento debe individualizarse, ya que es importante intentar identificar y eliminar los desencadenantes. El más común de ellos es el estrés seguido de la cafeína y el chocolate. El alcohol también puede ser un desencadenante. La analgesia simple y los AINE son buenos tratamientos iniciales como vimos anteriormente.

- **Cervicales**

Las cefaleas cervicogénicas tienen características similares a las cefaleas tensionales. Generalmente comienzan en la región occipital y pueden persistir durante semanas. La característica clave es una relación con el movimiento o la manipulación de la columna cervical. Estos pueden ocurrir después de un trauma, especialmente conmociones cerebrales. Se corrigen con un estudio de la columna cervical y la toma de analgésicos leves.

En la mayoría de los casos de cefalea nuestra labor como técnicos deportivos es remitir al deportista al médico del club o general para un estudio detallado, y prevenir los factores desencadenantes sobre todo en el momento previo a competiciones (fundamentalmente la cafeína).

4. DIARREA AGUDA

La diarrea se define empíricamente como realizar tres o más deposiciones blandas por día. Esto suele ser más que el promedio para la mayoría de los deportistas.

La diarrea es bastante común, especialmente entre los equipos que viajan. Si uno o varios deportistas se ven afectados, esto puede ser una causa suficiente que obligue a interrumpir la preparación del equipo.

Las causas más comunes de diarrea aguda son agentes infecciosos o toxinas ingeridas. La diarrea suele ser causada por la transmisión fecal-oral de alimentos o bebidas contaminadas. Por el contrario, la intoxicación alimentaria es menos común y se debe a toxinas, ya tratado en el tema anteriormente.

La E. coli enterotoxigénica (ETEC) es la causa más común de diarrea del viajero en la mayor parte del mundo. En el 60% de los casos, ETEC produce una toxina llamada enterotoxina termolábil (LT).

La duración de la enfermedad suele ser breve, pero variable (normalmente de uno a dos días, pero puede variar de unas pocas horas a unas pocas semanas) después del consumo de los alimentos o el agua contaminados.

La enfermedad tiende a afectar a un grupo de personas que han consumido alimentos o bebidas juntos y, por lo tanto, puede ocurrir fácilmente en equipos que comen juntos.

A menudo, la diarrea se acompaña de calambres abdominales, urgencia fecal, fiebre, náuseas y vómitos.

Actuación ante las diarreas:

Si no se necesita una curación rápida, la reposición de líquidos y electrolitos suele ser suficiente. Generalmente las bebidas isotónicas de limón o limonadas alcalinas suelen ser buen remedio.

Si el deportista puede comer, se recomienda té con azúcar, plátanos batidos, arroz o sopas claras. Debe evitarse estrictamente el alcohol.

Este lema ayuda a prevenir con frecuencia las diarreas sobre todo en viajes:

“Hervirlo, cocinarlo, pelarlo u olvidarlo”

Los consejos prácticos que son útiles incluyen los siguientes, sobre todo en países muy diferentes al nuestro:

- Lavarse siempre las manos antes de comer.
- Tener en cuenta las fuentes de alimentos consumidas: leche u otras bebidas (incluida el agua).
- Evitar los helados y los cubitos de hielo.
- Evitar los bufés fríos y las ensaladas.
- Comer solo frutas recién peladas.
- Comer alimentos adecuadamente cocidos y preferiblemente calientes (servidos a más de 60 ° C).
- Evitar la comida de los vendedores ambulantes.

5. INFECCIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS: CELULITIS

La gran mayoría de las infecciones que afectan al sistema musculo-esquelético son causadas por estafilococo aureus (bacteria que reside en la piel y mucosas generalmente). La celulitis es la infección más común que afecta a la piel o al sistema musculo-esquelético. La celulitis es especialmente importante cuando recubre una articulación: debe vigilarse de cerca, ya que puede progresar a artritis séptica.



Fig. 7. Celulitis

En general, es una buena idea marcar claramente el límite del área afectada con un apósito de plástico, ya que esto facilita determinar si está progresando.

Para la mayoría de las infecciones superficiales, es necesario limpiar la piel con agua, jabón y antisépticos tipo clorhexidina. A veces, es necesario remitir al médico para prescribir antibióticos orales si no mejora.

6. AMPOLLAS

Una ampolla es un mecanismo de defensa de la piel consistente en una inflamación palpable y circunscrita, llena de líquido linfático y otros fluidos corporales, que se forma en la epidermis. Pueden producirse como reacción a quemaduras o fricción excesiva.

En general existen dos maneras de proceder ante ellas:

- Si una ampolla **no es muy dolorosa**, debemos tratar de mantenerla intacta (la piel intacta sobre la ampolla puede proporcionar una barrera natural contra las bacterias y reduce el riesgo de infección) y cubrirla con un apósito adhesivo o gasa tras limpiarla con agua, jabón o clorhexidina.
- Si la ampolla **es dolorosa**, probablemente limite la capacidad del deportista, entonces es necesario que un especialista sanitario la drene siguiendo estos pasos:
 - Drenar el líquido con una aguja y una jeringa.
 - Inyectar en el espacio drenado unos mls. de povidona yodada o clorhexidina diluida (no en toda su concentración).
 - Colocar alrededor de la ampolla una pequeña almohadilla y cubrir la ampolla con un apósito tipo segunda piel tipo Compeed® (o similar). Lo ideal sería dejarlo abierto cuando no esté entrenando o compitiendo (por la noche, por ejemplo) para ir secando la piel.

La acción más relevante del técnico deportivo en este sentido es la prevención:

- No estrenar calzado nuevo en la competición.
- Alternar calzado nuevo y viejo al principio.
- Elegir calcetines adecuados transpirables.
- Mantener los pies secos antes de realizar la actividad, sobre todo en deportistas con hipersudoración de los pies.
- Uso de guantes adecuados transpirables en deportes cuya intervención sea de las manos.



Fig. 8. Ampollas

7. DISMENORREA

Algunas mujeres deportistas tienen dolor y morbilidad significativos asociados con su ciclo menstrual. Esto puede tener un efecto significativo en su capacidad para competir y entrenar. Es una queja muy común entre las deportistas y, a menudo, no se gestiona bien.

La dismenorrea se puede clasificar como primaria o secundaria, según la ausencia o presencia de una causa subyacente. La dismenorrea secundaria es la dismenorrea que se asocia con una afección existente.

En las deportistas más jóvenes, los períodos dolorosos a menudo ocurren sin un problema subyacente. En las mujeres mayores, sin embargo, con mayor frecuencia se debe a un problema subyacente (como fibromas uterinos, adenomiosis o endometriosis). La causa más común de dismenorrea secundaria es la **endometriosis**.

El dolor pélvico y/o abdominal puede ser de características muy variables y asociarse a otros síntomas. Puede preceder a la menstruación e incluso continuar después de haberse finalizado. Los siguientes síntomas son los más comunes de la dismenorrea (sin embargo, cada persona puede experimentarlos de una forma diferente):

- Cólicos en la parte inferior del abdomen.
- Dolor en la parte inferior del abdomen.
- Dolor lumbar.
- Dolor irradiado hacia las piernas.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Diarrea.

- Fatiga
- Debilidad.
- Desmayos.
- Dolores de cabeza.

Cuando una deportista tiene dismenorrea, se pueden utilizar estrategias simples para tratar de controlar sus síntomas como analgésicos débiles como paracetamol o ibuprofeno antes de los entrenamientos o partidos.

El calor en sus diversas formas de aplicación como bolsa de agua caliente, manta térmica o baños en agua caliente, etc. es otra estrategia útil, pero obviamente no puede ser una práctica habitual durante los entrenamientos o partidos.

Los ejercicios suaves aeróbicos y diversas posturas de yoga ayudan a controlar el dolor.



Fig. 9. Ejercicio durante la menstruación

En algunos casos, la deportista debe acudir al ginecólogo para consultar acerca de la píldora anticonceptiva oral (OCP). Se puede utilizar como un medio para tratar de prevenir la menorragia y le da a la deportista la capacidad de controlar su menstruación por lo que puede mejorar potencialmente los síntomas asociados con su período.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agreda, V.S. *Anatomía topográfica y actuación de urgencia*. Barcelona: Paidotribo Editorial, 2005.
- Ballas, M.; Kraut, E.H. *Bleeding and bruising: a diagnostic work-up*. Am Fam Physician. 2008, Apr, 77(8):1117-24.
- Barrera, J. *Prevención de Riesgos en las Actividades Físicas*. Málaga: Instituto Andaluz del Deporte. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía, 2005.
- Constans, A. *Exposición a agentes biológicos: seguridad y buenas prácticas de laboratorio*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Disponible en web en www.insht.es. Acceso el 3 de mayo de 2013.
- Flegel, M. *Sport First Aid. A Coach's Guide to the Care and Prevention of Athletic Injuries*. Champaign, IL.: Human Kinetics, 2008.
- Gutierrez, E y Gomez, JL. (2012). *Actuación general en primeros auxilios*. Madrid, España: Editex.
- Jiménez, L. y Montero F.J. *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. Barcelona: Elsevier, 2010.
- Noguer, M. y Balcells, A. *Exploración clínica práctica*. Barcelona: Editorial Masson, 2005.
- Red Médica de la FIFA <https://www.fifamedicalnetwork.com/>
- Segui-Gómez, M. y MacKenzie, E.J. *Measuring the public health impact of injuries*. Epidemiol Rev. 2003; 25:3-19.
- SIKANA salud <https://www.sikana.tv/es/health>



TEMA 12. MANTENER LA CALMA

Libro:

- Primeros auxilios psicológicos.

Primeros auxilios psicológicos

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csd.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=148979)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: Primeros auxilios psicológicos

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: martes, 3 de junio de 2025, 06:03

Descripción

Libro conceptual del tema 12

Tabla de contenidos

1. INTRODUCCIÓN

2. VALORACIÓN DEL PAPEL DEL PRIMER INTERVINIENTE

3. ESTRATEGIAS BÁSICAS DE COMUNICACIÓN

4. TÉCNICAS FACILITADORAS DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

4.1. Escucha activa

4.2. Empatía

4.3. Refuerzo de conductas adecuadas

4.4. Especificar y escribir

4.5. Comprobar la comprensión del mensaje

5. FACTORES QUE PREDISPONEN A LA ANSIEDAD EN SITUACIONES DE ACCIDENTE O EMERGENCIA

6. ESTRÉS, AUTOCONTROL Y CONTROL DEL ESTRÉS

7. CRISIS DE ANSIEDAD

8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las **situaciones de emergencia** se presentan en la vida cotidiana y en el ámbito deportivo de forma esporádica (afortunadamente), pero cuando lo hacen requieren habilidades básicas y una capacidad de reacción temprana que no siempre somos capaces de realizar, por no haber contado con una formación mínima en aspectos sencillos, aunque vitales, para conseguir llevar a buen puerto una situación de accidente o emergencia.

En dicha atención no solo es importante atender al individuo en su problema, sino también mediante los denominados "Primeros Auxilios Emocionales", es decir, el apoyo, la tranquilidad y la seguridad que podemos transmitir a la persona accidentada o a sus familiares.

El saber qué hacer, y sobre todo qué no hacer, puede no solo solucionar la urgencia o la percepción del individuo de esta como tal, sino mejorar el pronóstico de la persona, reducir los tiempos de convalecencia o, incluso, evitar posibles complicaciones debidas a una atención inadecuada o tardía.

En el desarrollo de este tema se pretende que el técnico deportivo adquiera conocimientos y habilidades básicas para dos objetivos principales:

- **Recuperar la calma** lo antes posible para poder evaluar la situación y realizar las acciones pertinentes ante una situación estresante.
- **Dar apoyo psicológico a los accidentados** y a todas las personas que lo requieran en situaciones de emergencia.

2. VALORACIÓN DEL PAPEL DEL PRIMER INTERVINIENTE

La primera persona que tiene conocimiento de una situación de emergencia desempeña un papel fundamental en el buen desarrollo de la misma, ya que es la persona encargada de proporcionar las primeras atenciones desde el punto de vista físico y psicológico y de avisar a los servicios de emergencia (número 112); por ello debe mantener la calma y actuar con seguridad.

De su buen desempeño depende que la situación de emergencia se desarrolle apropiadamente.

Los cuidados que deben facilitarse a la persona en esos primeros momentos son de tipo físico o médico, pero también de tipo psicológico. Estas atenciones psicológicas deben darse tanto si la persona está herida a nivel físico, como si no lo está (por ejemplo, un deportista que se ha llevado un buen susto porque ha sufrido una caída grave).

En ocasiones, cuando el primer intervintante facilita una buena atención psicológica, se favorece que la persona se encuentre mejor físicamente. Por este motivo, se habla de primeros auxilios psicológicos.

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAPS) son la atención que una persona prodiga a otra en una situación de urgencia o emergencia. Son, pues, actos o actitudes que se van a facilitar a un accidentado tras una «lesión psicológica». Hay que tener en cuenta que en la fase inicial la persona puede estar en fase de shock, lo que complica el acercamiento a ella.



Figura 1. Conceptualización de los primeros auxilios psicológicos

Con el entrenamiento en primeros auxilios psicológicos se trata de dotar a los técnicos con unas habilidades básicas para poder manejar situaciones con mayor seguridad y eficacia; se busca ayudar a la persona sin olvidar que el sufrimiento se produce en el plano físico y psicológico. La mayor dificultad para prestar primeros auxilios psicológicos (PAPS) se encuentra en la disparidad de reacciones que puede tener una persona en una situación.

Los fines de los primeros auxilios psicológicos son:

- Aliviar el sufrimiento.
- Prevenir la aparición de trastornos psicológicos.
- Contribuir al restablecimiento físico.
- Facilitar la pronta reorganización de la actividad.

Existen tres tipos de conductas fundamentales para intervenir en estas situaciones:

- **Apoyo:** hacer sentir a la persona que está acompañada.
- **Escucha:** ayudar a la persona a expresar sus temores, su pena, sus sentimientos...
- **Orientación:** sugerirle, cuando se encuentra desorientado, qué puede hacer en ese momento.

En la atención, estos tres tipos de conductas se llevan a cabo con las siguientes pautas:

- Presencia y acompañamiento a afectados directos y familiares si es posible.

- Transmitir al deportista afectado la disponibilidad a ayudarlo.
- Posibilitar el relato de acontecimientos, pensamientos y sentimientos.
- Proporcionar un lugar tranquilo y seguro, escuchar activamente y ayudar a normalizar determinadas reacciones.
- Facilitar información útil.
- Identificar necesidades.
- Orientar ante la confusión y el aturdimiento.



Figura 2. Mostrarse cercano al afectado

3. ESTRATEGIAS BÁSICAS DE COMUNICACIÓN

Una de las herramientas fundamentales para poder dar apoyo psicológico en una emergencia o urgencia es un buen uso de la comunicación y de las herramientas básicas de comunicación.

En la comunicación influyen aspectos como la cultura, la educación, las personas implicadas, las personas con las que interaccionamos, nuestro momento emocional, contexto, etc. En base a esto será necesario usar una herramienta u otra para que la comunicación sea eficaz.

Los procesos de comunicación en nuestra vida cotidiana se realizan aproximadamente de la siguiente manera:

ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN	
Aspectos verbales	7% de toda la comunicación
Aspectos no verbales	55% (gestos, posturas, distancias en la conversación o proxemia, expresión facial, apariencia...)
Aspectos paralingüísticos	38% (volumen de voz, entonación, timbre, velocidad al hablar, fluidez al pensar, rapidez de respuesta...)

Figura 3. Diferentes aspectos de la comunicación

Según lo anterior, la mayor parte de la información que transmitimos, y que el otro percibe, no se hace a través de las palabras que decimos, sino de la manera en qué decimos las cosas. Esto es aún más importante en las situaciones de emergencia, ya que en esos momentos las personas tienen más dificultades para comprender y expresar lo que sienten.

Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí, no ser opuestos o contradictorios.

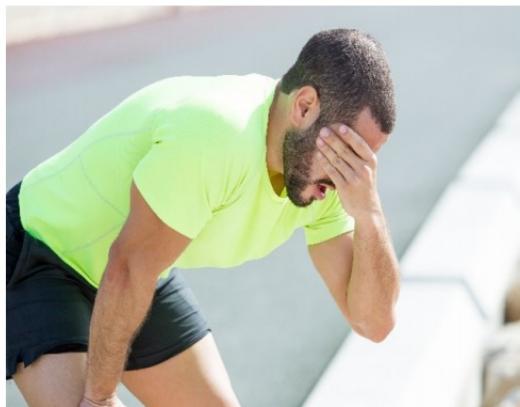


Figura 4. Aspectos no verbales de la comunicación

Muchas dificultades en la comunicación se producen cuando nuestras palabras se contradicen o no concuerdan con nuestra conducta no verbal como, por ejemplo, cuando le preguntamos a alguien qué le pasa y con nuestra actitud mostramos indiferencia o desinterés, o bien, ante una persona que se ha hecho un corte en la mano le preguntamos si le duele mucho y el accidentado contesta con la cara tensa y pálida que no le duele nada; en ambos casos no concuerdan los aspectos verbales con los no verbales y los paralingüísticos.

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL Y PARALINGÜÍSTICA	
COMUNICACIÓN NO VERBAL	COMUNICACIÓN PARALINGÜÍSTICA
<ul style="list-style-type: none"> • Mirada /contacto visual. • Expresión facial. • Sonrisa. • Gestos con las manos. • Movimientos de pies y piernas. • Postura corporal. • Distancia / proximidad. • Contacto físico. • Apariencia personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de objetos. • Tono. • Ritmo. • Volumen. • Velocidad. • Timbre. • Interjecciones: <i>uf, ajá...</i> • Latiguillos del lenguaje: <i>tío, tía, o sea, vale...</i> • Uso de los silencios.

Figura 5. Elementos de la comunicación no verbal

Para que una conversación sea eficaz hay que eliminar barreras y no cometer errores. Algunas de estas barreras y errores básicos en la comunicación son:

- No organizar los pensamientos antes de hablar.
- Expresarse con imprecisión.
- Intentar expresar muchas ideas en un solo enunciado o al mismo tiempo.
- Seguir hablando sin apreciar la capacidad de comprensión del interlocutor.
- No prestar la debida atención a la información.
- Estar pensando en la respuesta que se le va a dar a la persona, en lugar de escuchar lo que dice.
- Fijarse más en los detalles, en lugar de recoger todo el sentido de las informaciones principales.
- Juzgar y etiquetar.
- Dar solución o consejo cuando la persona no lo ha pedido.
- Rechazar los sentimientos del otro.
- Mandar y usar imperativos con tono de voz impositivo.
- No respetar los silencios.
- Hacer una interpretación personal: los rumores.
- Ambiente inadecuado.
- Defectos en los canales.
- Distinto código.
- Incoherencia entre lo verbal y lo no verbal.

Pero en algunas ocasiones, la primera estrategia la aporta la persona que está al lado del accidentado y la atiende o espera con ella la atención especializada. En esta línea deberemos procurar, sobre todo “**actuar con calma**” procediendo según estos consejos:

- Hablar en tono normal, sereno y mirándole a los ojos.
- Evitar comentarios inadecuados (Ej. “cuánto tarda la ambulancia”).
- Proporcionar necesidades básicas (sanitarias).
- Escuchar activamente.
- Mostrarse cercano a la persona.
- Dar información e instrucción si estamos seguros.

4. TÉCNICAS FACILITADORAS DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Para poder ayudar a una persona que necesita apoyo emocional es necesario poseer unos conocimientos básicos sobre cómo debe establecerse la comunicación con ella y qué aspectos pueden favorecer o dificultar la misma.

Las primeras atenciones de urgencia son importantes y necesarias, pero es fundamental que se acompañen de una comunicación eficaz y de apoyo emocional. Con esto se consigue disminuir el malestar y aliviar el sufrimiento.

Los siguientes pasos se muestran útiles para una comunicación eficaz:

4.1. Escucha activa

Es el proceso de escuchar a alguien que necesita hablar de lo que le ocurre e implica hacer que la persona se sienta escuchada.

La escucha activa:

- NO es lo mismo que oír.
- NO es esperar a que el otro termine de hablar.
- NO es un proceso natural (hay que aprenderlo).
- NO es solo cuestión de buena voluntad.
- NO es solo atender o entender las palabras de la otra persona.



Figura 6. Actitud de escucha activa

COMPONENTES DE LA ESCUCHA ACTIVA	
VERBALES	PARAVERBALES
<ul style="list-style-type: none"> • Repetir las últimas palabras (paráfrasis). • Murmullos de aprobación o negación: <i>Ya, vale, sí...</i> • Palabras de reafirmación: <i>Ya veo, claro, tienes razón, es verdad...</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar resúmenes aclaratorios: <i>O sea que...</i> • Hacer preguntas para aclarar algún punto: <i>¿Así que...? ¿Pero no...? ¿Qué quieres decir con...?</i> • Tono de voz calmado.
NO VERBALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Contacto visual; mirada directa. • Expresión facial de atención e interés. • Postura incorporada y dirigida al otro. • Proximidad física y psicológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestos positivos con las manos y el resto del cuerpo. • Dar incentivos y señales para el que habla. • Sonreír. • Asentir o afirmar con la cabeza.

Figura 7. Componentes de la escucha activa

Determinadas actuaciones provocan que **LA ESCUCHA SEA EFICAZ**, como son:

- Parar de hablar.
- Dejar acabar.
- Interesarse y mostrarse interesado.
- Poner el foco en el otro.
- Escuchar la idea principal.
- Prestar atención a cómo se transmite el mensaje (indicios no verbales).
- Separar a la persona de la idea.
- Separar las emociones de las personas.
- Ser cautos en las interpretaciones de lo que dice la persona.
- Realizar breves intervenciones que reafirman la idea del otro.
- Identificarse con los sentimientos de la otra persona.
- Establecer un clima agradable.
- Evitar distracciones externas e internas en el oyente.

- Ser comprensivo con las circunstancias del interlocutor.
- Preguntar sin presuponer lo que el otro quiere decir.

4.2. Empatía

Mostrar **empatía** significa escuchar activamente las emociones de los demás: es tratar de «**ponernos en su piel**» y entender sus motivos.

Empatizar es escuchar sus sentimientos y hacerle saber que «nos hacemos cargo de la situación o problema»; intentar entender lo que siente esa persona. No se trata de mostrar alegría, ni siquiera de ser simpáticos, simplemente, que somos capaces de ponernos en su lugar.

Sin embargo, la empatía no implica aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro.

La **empatía** supone:

- Respetar a los demás, considerarles tus iguales y no dominarlos.
- Ponerse en la situación existencial de la persona que está sufriendo, comprendiendo su estado emocional y tomando conciencia íntima de sus sentimientos, metiéndose en su experiencia y asumiendo la situación.
- Recibir y comprender los estados emotivos y los pensamientos de la otra persona para transmitirle, posteriormente, que hemos entendido lo que nos ha expresado.
- Respetar el derecho de los demás a tener sus propias opiniones, y no tratar de manipularlos para que adopten nuestro punto de vista.
- Tener en cuenta y valorar las decisiones de los demás sin desacreditarlos.
- Respetar los valores y las experiencias de los demás.

Es algo distinto a la simpatía (que sería sentir lo mismo que la persona: si ella llora, yo también).

Existen algunos ejemplos de cómo transmitir una actitud empática:

- Transmitir cordialidad.
- Aceptar a la otra persona y respetar los sentimientos que está viviendo el otro (los sentimientos no se juzgan, no se evalúan).
- Evitar descalificaciones, con el fin de transmitir confianza.
- Evitar juzgar o interpretar.
- No presentar las ideas propias como si fueran el único modo razonable de ver las cosas: “eso es de sentido común”, “no sé cómo no te das cuenta de que lo que dices es una tontería”.

4.3. Refuerzo de conductas adecuadas

El refuerzo implica destacar algo que es importante en la comunicación y que interesa que se mantenga posteriormente.

Para que el refuerzo sea eficaz ha de reunir las siguientes características:

- Producirse inmediatamente después de la conducta que lo provoca.
- Ser proporcional a la conducta.
- Ser de tipo afectivo, de reconocimiento, basado en la comunicación y en la expresión de sentimientos.
- Mostrar sinceridad, ser auténtico, correcto y firme.
- Evitar expresiones «destructivas»: eres..., siempre..., nunca..., o «mensajes tú» (se trata de expresiones que acusan a la otra persona de hacer algo mal y le hacen sentir más culpable).
- Emitir palabras de refuerzo, o cumplidos, como: “Me ha encantado hablar contigo” o “gracias por haber confiado en mí para contarme esto”.

4.4. Especificar y escribir

En una conversación de ayuda es preciso especificar, concretar y aclarar lo que se dice, con el fin de evitar malos entendidos o interpretaciones inadecuadas y resaltar los aspectos importantes.

Con esto se alude a:

- Realizar preguntas que nos aclaren aspectos no entendidos, confusos o poco claros.
- Dar informaciones comprensibles, claras y concisas.
- No dar nada por sobreentendido.
- Hacer frases cortas.
- Concretar aspectos de los datos que sean necesarios.
- Comunicarse de manera directa, evitando rodeos en la conversación.
- Centrarse en los asuntos importantes para la relación.
- Individualizar a lo que uno se está refiriendo (sin generalizar en otras personas o situaciones).

Igualmente será necesario resumir lo que se dice, ya que mediante esta habilidad informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión, o de la necesidad de una mayor aclaración. Algunas expresiones de resumen serían:

- «*Si no te he entendido mal....».*
- «*O sea, que lo que me estás diciendo es....».*
- «*A ver si te he entendido bien....».*

Como expresiones de aclaración se pueden emplear las siguientes:

- «*¿Es correcto...?».*
- «*¿Estoy en lo cierto si...?».*

4.5. Comprobar la comprensión del mensaje

Demostramos nuestro grado de comprensión de lo hablado cuando resumimos la información para verificar que se ha entendido y respondemos con la intención de que el otro compruebe que no le hemos malinterpretado ni que hemos dado un significado distinto a lo expresado por él. Aquí entra en juego la paráfrasis o emisión de una frase con palabras distintas.

Parafrasear, por tanto, es un concepto que significa verificar, o decir con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir. Es muy importante ya que ayuda a comprender lo que el otro está diciendo y permite verificar si realmente se está entendiendo y no malinterpretando lo que se dice.



Figura 8. Importancia de la comprensión del mensaje

Como resumen de este apartado, algunas recomendaciones básicas para lograr una comunicación eficiente en primeros auxilios psicológicos, son:

1. Organizarse antes de hablar: observar, escuchar y pensar antes.
2. No utilizar más palabras de las necesarias, ni menos... Frases cortas.
3. Evitar frases con dobles sentidos.
4. Asegurarse de que la persona que escucha nos entiende (retroalimentación).
5. Escuchar cuando alguien habla, esperar a que acabe, pensar y contestar (hacer varias cosas a la vez produce interferencias y empeora la comunicación).
6. Dejar terminar de hablar y dar tiempo al otro para organizar sus ideas.
7. Dar la información importante primero y añadir después los detalles.
8. Reducir el número de intermediarios en la comunicación.
9. Si hay un grupo de personas interviniendo, es necesario organizar la información dentro del equipo.
10. Evitar formas de consolar y tranquilizar del tipo:
 - a. Mostrar compasión con comentarios como: «pobrecita; ¡qué mala suerte tienes!».
 - b. Quitar importancia al problema con comentarios como: «eso no tiene importancia; eso le pasa a todo el mundo».
 - c. Presentarle casos de otras personas que están peor que ellas (casos personales de quien escucha o de otras personas).
 - d. Echarle la culpa de lo ocurrido a un tercero.
 - e. Desviar el tema de conversación, cuando la persona necesita hablar de ello.
11. Evitar la influencia de prejuicios y de ideas preconcebidas.
12. Estar cerca, ofrecer una mano, un hombro, un abrazo...
13. Cuidar la comunicación no verbal, que sea coherente y tranquilizadora.

5. FACTORES QUE PREDISPONEN A LA ANSIEDAD EN SITUACIONES DE ACCIDENTE O EMERGENCIA

En todas las situaciones graves de urgencia se precisa, además de una rápida intervención médico-sanitaria, una pronta intervención psicológica, que no se puede demorar en el tiempo (intervención psicosocial primaria), porque tiene repercusiones emocionales en los accidentados y porque puede producir un efecto acumulativo negativo.

Las reacciones iniciales que experimentan las personas en una situación de emergencia son muy variadas y, aunque parezcan inusuales o atípicas, debemos considerarlas como algo «normal» desencadenado por la situación.

Las reacciones que se pueden observar en las personas implicadas son muy variadas, entre otras, se pueden destacar las siguientes:

- Reacciones ansiosas.
- Manifestaciones de culpa.
- Agitación e hiperactivación motora.
- Incapacidad para pensar con claridad.
- Desorientación temporo-espacial.
- Limitada capacidad de pensamiento y acción.
- Apatía. Bloqueo emocional.
- Aislamiento.
- Reacciones exageradas (no habituales, comparadas con otras veces).
- Llanto y dolor emocional intenso.

Se trata de reacciones normales de las personas ante situaciones anormales; prueba de ello es que el 80 % de los accidentados de grandes emergencias o situaciones traumáticas lo superan con ayuda de personas cercanas, sin ayuda profesional (el psicólogo o el psiquiatra es necesario cuando las consecuencias son difíciles de sobrevenir e interfieren en la vida cotidiana).

Cuanto antes se intervenga psicológicamente, menos posibilidades hay de que se desarrollen psicopatologías futuras, como el trastorno por estrés postraumático (TEPT). El estrés postraumático es un mecanismo de supervivencia. Es frecuente en víctimas de catástrofes naturales, accidentes de tráfico o agresiones causadas intencionalmente: físicas, sexuales, etc.

Para que hablemos de TEPT deben darse las siguientes condiciones:

- La persona ha sufrido, ha visto, o le han contado un **acontecimiento traumático** que le ha hecho responder con miedo.
- **Re-experimentación** del acontecimiento, en forma de pensamientos, imágenes, sueños, etc. de lo ocurrido.
- **Evitación** de todo lo relacionado con el acontecimiento (no hablar de ello, eludir pasar por donde ocurrió...).
- **Activación**: irritabilidad, dificultades para conciliar el sueño, para concentrarse, sobresaltos frecuentes...

La intervención ha de ser también en el lugar del evento traumático y, en la medida que se pueda, hay que mantener expectativas positivas en los accidentados sobre su posible recuperación o vuelta a la «normalidad». Cuando la persona ya se encuentra previamente en una situación psicológica delicada es posible que se encuentre más afectada emocionalmente que otras personas que han experimentado la misma situación de emergencia. En ocasiones, la persona puede llegar al pánico y al bloqueo psicológico.

Después de la situación de urgencia o emergencia, es fundamental posibilitar el enlace con otros recursos de ayuda: facilitar el contacto con un familiar o un amigo de la persona o personas que han sufrido la emergencia, derivar a un hospital cuando la situación es grave, dar continuidad a los cuidados y hacer que las personas se sientan arropadas.

6. ESTRÉS, AUTOCONTROL Y CONTROL DEL ESTRÉS

El estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del organismo frente a un estímulo (estresor) que supone una amenaza potencial o real a la situación de normalidad del individuo y de su entorno social.

- **Psicológicamente** se traduce como una tensión emocional que nos permite enfrentarnos ante un problema, para darle una solución inmediata.
- **Fisiológicamente** se producen una serie de cambios (aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, secreción de hormonas de las glándulas suprarrenales, como la adrenalina...). Todo ello está encaminado a optimizar la fuerza muscular, los reflejos, la capacidad de atención y de concentración...

Cuando se está inmerso en una situación de urgencia o emergencia, surgen reacciones de estrés que es conveniente conocer para poder manejar y lograr que no influyan negativamente en el intervienta.

El estrés agudo es ocasionado por un fenómeno especialmente fuerte y crítico, que ocurre de repente. La forma en que un accidentado afronta la situación es muy diferente en función de las personas y las circunstancias, con variables que pueden estar cambiando continuamente; pero, además, las consecuencias de este afrontamiento pueden repercutir en su vida durante largo tiempo (incluso para siempre) y generar trastornos psicológicos relevantes. Los niños, por ejemplo, con respecto a los adultos pueden mostrar formas distintas de manifestar su afectación y requerir un cuidado específico.

Las circunstancias que pueden generar estrés a una persona son muy diversas. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Situaciones de incertidumbre.
- Los cambios, en cuanto que implican adaptarse a nueva situación y un reajuste (acumulación de cambios vitales).
- Las pérdidas importantes, ya sea de personas, animales u objetos.
- La falta de información sobre algo o alguien que te interesa.
- El exceso de información que no permite procesar todos los datos.
- La falta de habilidades para manejar una situación (modo personal de enfrentarse al estrés).

En una situación de estrés, como una emergencia, están expuestos tanto la víctima como el intervienta. Los dos pueden resultar afectados como consecuencia de un estrés no controlado. A los intervintes les puede costar, en los días posteriores, desempeñar su trabajo de la misma manera que antes del accidente.



Figura 9. Traslado al hospital como situación de estrés

Hay que tener en cuenta que los altos niveles de estrés, de frustración personal y la falta o inadecuación de habilidades de afrontamiento pueden dificultarnos la correcta realización de nuestras funciones.

- Practicar deporte de forma asidua (no de forma competitiva, ya que puede incrementarlo).
- Evitar el consumo de alcohol u otras sustancias para resolver el estrés.
- Reírse y distraerse (ir al cine puede ser muy útil).
- Establecer horarios más o menos regulares para irse a dormir.
- Pasear.
- Cambiar de actividad.
- Darse una ducha.

- Llamar por teléfono a un amigo.
- Emplear métodos de relajación de modo continuado. El entrenamiento, además de como factor preventivo, se puede usar como estrategia de afrontamiento cuando las consecuencias del estrés han hecho acto de presencia.
- Buscar interpretaciones alternativas para algunos acontecimientos estresantes.
- Programar actividades gratificantes (varían en cada persona).
- Hacer otras actividades que resulten «desestresantes» para la persona.

REACCIONES ANTE UNA SITUACIÓN DE ESTRÉS	
REACCIONES FISIOLÓGICAS	REACCIONES MOTÓRICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza, espalda... • Vómitos. • Dificultad respiratoria. • Fatiga. • Tensión. • Opresión en el pecho. • Temblores. Escalofríos. • Taquicardia. • Taquipnea. • Sudoración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habla acelerada. • Cambios en el comportamiento habitual. • Toma de medicación o drogas. • Estallidos de cólera. • Retraimiento. • Pasividad o hiperactividad. • Asunción de riesgos necesarios. • Dificultades para dormir. • Alteraciones en la alimentación.
REACCIONES COGNITIVAS O DE PENSAMIENTO	REACCIONES EMOCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Confusión. • Dificultades de concentración. • Dificultades para decidir. • Desorientación. • Problemas de memoria: no recordar o recuerdos muy vívidos. • Imágenes repetitivas que llegan a la cabeza. • Negociación de hechos y emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para expresar sentimientos. • Miedo de volver a enfrentarse a situaciones similares. • Pérdida de interés por cosas que resultaban gratificantes. Tristeza. • Culpa. • Euforia. • Irritabilidad.

Figura 10. Reacciones ante situaciones de estrés

7. CRISIS DE ANSIEDAD

Una crisis de ansiedad es una respuesta repentina de miedo o malestar intenso. Debemos buscar cualquiera de los siguientes signos y síntomas:

- Aumento de las pulsaciones y dolor de pecho no opresivo.
- Sensación de ahogo.
- Rigidez en piernas y brazos o sensación de hormigueo.
- Dolor abdominal.
- Sudoración excesiva

Para ayudar al accidentado o persona que tiene la crisis debemos realizar las siguientes acciones:

- Aislar al accidentado y apartar y alejar del entorno estresante.
- Intentar relajar al accidentado para que realice respiraciones calmadas y sucesivas, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.
- Tranquilizar al accidentado indicándole que la situación se va a controlar si sigue los consejos.
- Si tiene una intensa respiración agitada y tenemos una bolsa, hacer que el accidentado respire dentro de ella.
- Hablar en tono bajo procurando mantener un ritmo que no aumente el nerviosismo de la víctima.
- Valorar la rapidez del pulso, número de respiraciones y dolor.
- Mantener la calma y pida ayuda al Servicio de Urgencias 112.

Diversas conductas o aptitudes no ayudarán a controlar la situación al accidentado:

- Hacer gestos o aportar estresantes a la escena que pudieran aumentar la crisis.
- Dar bebidas o alimentos excitantes (café, bebidas de cola, chocolate, té; las bebidas “energéticas” son algunos productos de consumo habitual que pueden aportar excitantes suficientes para desencadenar una crisis de ansiedad).
- Analizar el porqué de la crisis de ansiedad de la víctima.

Se puede obtener más información para detallar la actuación en el siguiente vídeo:



01:39

CRISIS DE ANSIEDAD

8. BIBLIOGRAFÍA

- Acinas Acinas, M.P. Atención psicológica a personas involucradas en accidentes de tráfico. Madrid: Fundación Mapfre / Mapfre Medicina. Vol. 18, nº 4, 2007.
- Ajate Gutiérrez, B.; Benegas Bautista, J.N.; Condes Moreira, M.D.; López Valtierra, M.E.; Pacheco Tabuenca, T. y Pérez Villalanda, E. Intervención psicosocial inmediata en accidentes de tráfico en SAMUR-Protección Civil: una forma de protección. Madrid: Subdirección General de SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.
- Echeburúa, E. y Corral, P. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? Psicología conductual, 2007, vol. 15, nº 3, pp. 373-387.
- Gutierrez, E y Gomez, JL. (2012). Actuación general en primeros auxilios. Madrid, España: Editex.
- Jiménez, L. y Montero F.J. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Barcelona: Elsevier, 2010.
- Hernández Marín, I.E. y Gutiérrez López, L. Manual de Primeros Auxilios Psicológicos 2014. Universidad de Guadalajara. Extraído el 11 de Junio de 2016 de: [Manual básico de primeros auxilios psicológicos](#).
- Marcuello Garcia, A. Intervención psicológica inmediata en catástrofes. Psicología on line. Formación, Autoayuda y Consejo on line. 2006. Disponible en web: [Intervención Psicológica en Catástrofes: Intervención psicológica inmediata en catástrofes \(psicologiacatastrofesuned.blogspot.com\)](#)
- Robles, J.I. y Medina, J.L. Intervención Psicológicas en las catástrofes. Madrid: Síntesis, 2002.

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.



DESCARGAR TEMA EN PDF

TEMA 13. ACTUAR IN SITU

Libro:

- Atención in situ en el escenario de juego.

CICLO INICIAL



CENTRO SUPERIOR
DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS

TEMA 13

**ATENCIÓN *IN SITU* EN EL
ESCENARIO DE JUEGO**



MARZO 2021
© CESED

TEMA 13

ATENCIÓN IN SITU EN EL ESCENARIO DE JUEGO

1. INTRODUCCIÓN.....	PÁG. 4
2. SITUACIONES IN SITU	PÁG. 4
2.1. Situaciones de emergencia general.....	Pág. 5
2.2. Situaciones de urgencia	Pág. 5
2.3. Situaciones leves	Pág. 6
2.4. Situaciones controvertidas de valoración por parte del técnico deportivo.....	Pág. 6
3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN IN SITU HABITUALES	PÁG. 10
3.1 Aproximación de bordes de heridas o aplicación de puntos de aproximación o puntos “americanos”	Pág. 10
3.2. Curas de heridas	Pág. 11
3.3. Vendajes funcionales de tobillo	Pág. 11
3.4. Sindactilia o cerclaje de los dedos	Pág. 12
3.5. Molestias en los pies y vendajes de almohadillado para roces	Pág. 12
4. BOTIQUÍN DE CAMPO.....	PÁG. 13
5. PROTECCIÓN ADECUADA DEL TÉCNICO QUE ATIENDE	PÁG. 15
5.1. Lavado de manos correcto ante atención a un deportista.....	Pág. 15
5.2. Limpieza del material de curas.....	Pág. 16
6. BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 17

1. INTRODUCCIÓN

Cada deporte tiene sus peculiaridades en cuanto a las facilidades para atender a los deportistas lesionados en el propio escenario de competición. En ocasiones, hay equipos conformados por buenos expertos médicos y sanitarios como pudimos ver durante la atención a Torres en el tema anterior, con recursos rápidos y eficientes; pero hay situaciones donde los deportistas están en el campo de juego alejados de recursos sanitarios o, es muy posible que tampoco exista nadie especializado para poder tratar o atenderle. En estas situaciones, habitualmente tiene que ser el técnico o el propio deportista quien tome la decisión sobre si puede continuar en la competición o ha de ser sustituido.

Estas diferentes situaciones están condicionadas en general por múltiples variables, lo que impide generalizar un tipo de actuación estandarizada (medio donde se desarrolle la competición, reglamento de la modalidad deportiva y relevancia de la competición).

En algunas modalidades deportivas, la actuación *in situ* está directamente relacionada con la normativa del reglamento: las modalidades de raqueta (tenis y pádel fundamentalmente) tienen tipificado un tiempo de atención al deportista; otros deportes como los de equipo (voleibol, balonmano, baloncesto, etc.) permiten sustituir al jugador, atender fuera del campo, y en unos minutos, volver a entrar una vez recuperado. En otros el cambio supone no poder seguir en competición como el fútbol.

La gran mayoría de lesiones en el escenario de juego afectan al aparato locomotor o a la piel y su atención depende, principalmente, del uso eficiente del protocolo PRICE (protección, reposo, hielo, compresión y elevación).

El manejo de dichas lesiones puede estar al alcance del técnico deportivo con pocos recursos. Sin embargo, también es importante conocer algunas de las posibles complicaciones asociadas con cada situación y poder derivar a los deportistas afectados para una evaluación adicional o alertar a los servicios sanitarios disponibles cuanto antes.

Así pues, durante esta actividad veremos distintas situaciones de intervención *in situ*, así como las técnicas más habituales de intervención, el material necesario para ella y algunas recomendaciones sobre protección que el técnico debería seguir durante la intervención.



Fig. 1. Atención a calambres en un partido de tenis

2. SITUACIONES IN SITU

En este apartado vamos a revisar qué situaciones exigen la retirada de la actividad del deportista, y cuáles de ellas permiten al deportista atenderle *in situ* para que pueda seguir en la competición.

2.1. Situaciones de emergencia general

Las emergencias sanitarias, como vimos en el tema “**Preservar la vida**”, son relativamente poco frecuentes a pie de campo, pero requieren una atención directa en dicho escenario. Por ello, los técnicos deportivos involucrados en la competición deberían estar preparados para manejarlas de manera adecuada a través de la conducta PAS y prestar primeros auxilios como primer intervintente si no existen otras personas cualificadas alrededor. Esto implica tener las habilidades correctas, tener el equipo apropiado (bolsa médica o pequeño botiquín) y tener un plan de acción.

Las condiciones médicas de emergencia que pueden ocurrir en el escenario de competición incluyen:

1. Asma agudo.
2. Dolor de pecho agudo y dolor abdominal severo.
3. Deshidratación.
4. Luxaciones y fracturas.
5. Convulsiones.
6. Traumatismos craneales o vertebrales que afecten al nivel de conciencia.
7. Emergencias relacionadas con el calor.
8. Hipoglucemia.
9. Paro cardíaco repentino.
10. Anafilaxia aguda y otros tipos de shock.

Como ya pudimos ver en los temas anteriores son situaciones de riesgo vital que precisan atención especializada de inmediato y el traslado a un centro sanitario con rapidez.

2.2. Situaciones de urgencia

En otras situaciones, la persona que valora al deportista debe decidir si puede seguir participando en el juego, en función del contexto deportivo: importancia de la competición, resultado, posibles riesgos o circunstancias personales del deportista. En circunstancias normales, cualquier situación lesiva debe hacer reflexionar al técnico deportivo sobre su gravedad y consecuencias. “**Lo primero es la salud**” es el lema que debe regir el enfoque del técnico deportivo en situaciones lesivas.

En las situaciones siguientes, el deportista debería ser retirado de la competición por presentar signos evidentes de lesión que le impiden continuar:

- Esguinces medianos y graves que afectan a grandes articulaciones y provocan gran pérdida de la movilidad y dolor.
- Lesiones musculares relacionadas con distensiones o roturas musculares que impiden una buena función del músculo en los movimientos donde interviene.
- Heridas y hemorragias grandes, aparatosas y difíciles de controlar sobre todo en la cabeza y cara.
- Lesiones en ojos, nariz y oídos que disminuyen las funciones perceptivas y que requieren evaluación médica sobre todo la visión.
- Quemaduras importantes o signos de insolación.
- Hipotermia o congelaciones.

- Mal de altura.
- Picaduras graves o intoxicaciones alimentarias.

Como regla general un deportista no debe continuar si sucede lo siguiente:

- Disminuye la movilidad de una articulación de manera significativa.
- Cambia el patrón de carrera o gesto deportivo.
- Presenta mucho dolor.
- Esta afectada alguna función cognitiva.

2.3. Situaciones leves

En ocasiones, un deportista sufre un accidente o lesión, pero puede seguir en competición sin riesgo para su salud. Algunas de estas situaciones podrían ser las siguientes:

- Casos leves de contusiones en la cabeza que no afectan ninguna función cognitiva ni motora (trataremos esta situación de manera detallada más adelante).
- Contusiones que no provocan deformidad ni dolor paralizante.

En este vídeo puedes observar un choque entre dos atletas que no provocan ni deformidad ni dolor paralizante y, por lo tanto, la atleta con la ayuda de su rival puede continuar.

Continuidad en la competición



- Calambres y elongaciones musculares que no empeoran, que no requieren esfuerzos de alta velocidad de traslación y que se recuperan al relajar la tensión del músculo.
- Pequeñas heridas, quemaduras, abrasiones y sangrados en cara y otras zonas corporales.
- Picaduras de insectos en deportistas no alérgicos.

Estas situaciones requieren la atención mostrada en el tema correspondiente del módulo y podrían hacer que el deportista siga desarrollando la actividad deportiva.

2.4. Situaciones controvertidas de valoración por parte del técnico deportivo

Hay situaciones especiales que por las características de la prueba, la fortaleza mental del deportista o la reglamentación de la modalidad deportiva, en las que el deportista lesionado quiere seguir compitiendo aún con riesgo de agravar la lesión. En estas situaciones, la decisión a pie de campo es difícil.

Un ejemplo de este tipo de situaciones en la que el deportista continúa y la lesión se agrava y no le permite continuar lo podemos ver en este vídeo:

Imposibilidad para continuar en el juego



A continuación, vamos a abordar algunas de estas situaciones susceptibles de agravamiento:

2.4.1. Calambres musculares

Algunos deportistas experimentan calambres con frecuencia, mientras que otros no. En este sentido, parece probable que haya un componente genético en los calambres (también se ha identificado un gen predisponente). A menudo hay un estado previo o “estado propenso a calambres”, que precede a la aparición de los propios calambres. Durante este tiempo, el deportista puede tener una sensación de opresión o dolor muscular o temor a que el calambre sea inminente.

El tratamiento inmediato de los calambres musculares implica masajear levemente el músculo para reducir su tensión, estirar el músculo afectado con contracción del antagonista y enfriar la zona. Sin embargo, una vez que el deportista está teniendo calambres, es muy probable que deba ser sustituido o tenga que abandonar.

2.4.2. DOMS

El dolor muscular de aparición tardía (DOMS) es un término utilizado para describir el dolor muscular que se siente después de una sesión de entrenamiento. Si bien este es un fenómeno normal, puede ser bastante significativo y puede limitar la capacidad de un deportista.

El dolor generalmente comienza 12 horas después del ejercicio, alcanza su punto máximo a las 24-48 horas y desaparece después de unos cinco días.

Generalmente, se asocia con ejercicio excéntrico o con una carga alta de trabajo muscular para el deportista. El rendimiento del deportista mientras sufre DOMS puede verse afectado. En estos casos, para reducir el DOMS puede utilizarse analgesia simple. Es importante que el deportista sepa que estos síntomas son benignos e instruirle sobre las formas en que puede prevenir el DOMS (estiramientos, baños fríos tras la actividad, etc.).

2.4.3. Ampollas

Pueden parecer una molestia menor, pero el dolor que producen las ampollas puede impedir que un deportista pueda seguir con la práctica. El talón y la zona aquilea son generalmente las ubicaciones más comunes, sobre todo si el calzado de la modalidad es duro. El tratamiento adecuado sobre una ampolla podrá hacer que el deportista continúe en el juego, sobre todo si se aplica un vendaje eficaz que almohadille la zona, como veremos más tarde.

2.4.4. Lesiones en los ojos

La abrasión de la córnea es una lesión común que se produce por contusiones (introducción de un dedo en el ojo o un pelotazo, por ejemplo) o por la acción de cuerpos extraños. En ambos casos, los síntomas incluyen dolor y la sensación de “tener algo en el ojo”.

Si se aprecia un cuerpo extraño tras revisar el ojo, puede eliminarse mediante irrigación con suero fisiológico o con un bastoncillo de algodón estéril. Si la sensación persiste o hay evidencia de heridas o hemorragias en el ojo, el deportista debe ser retirado e inspeccionado en un centro especializado.

2.4.5. Conmoción cerebral

La primera prioridad al evaluar a cualquier deportista sospechoso de haber sufrido una lesión en la cabeza o el cuello es seguir los principios estándar de manejo de emergencias, prestando especial atención a la columna cervical. Esto es especialmente importante cuando el deportista tiene un nivel de conciencia reducido.

En la mayoría de casos, el deportista debe ser retirado y evaluado por personal especializado, generalmente a través de la herramienta de evaluación de la conmoción cerebral deportiva SCAT5, desarrollada por el Grupo de Conmoción Cerebral en los Deportes.

Los síntomas que se experimentan después de una conmoción cerebral pueden ser muy difusos y bastante variables. La evaluación SCAT5 pregunta específicamente sobre la presencia y gravedad de 22 síntomas diferentes. Esto proporciona datos objetivos que se pueden utilizar para realizar un seguimiento de la recuperación del deportista. Idealmente, estos datos también se pueden comparar con los niveles previos a la lesión.

El SCAT5 proporciona un protocolo de examen básico para la conmoción cerebral, que incluye una evaluación cognitiva, la evaluación del equilibrio y la coordinación, así como una evaluación de detección de la columna cervical.

En el caso de deportistas que han sufrido conmoción es especialmente importante valorar su regreso al escenario de juego siempre y cuando la evaluación descarte taxativamente cualquier lesión subyacente.

En cualquier caso, la mayoría de los deportistas que han sufrido una conmoción cerebral necesitan un breve período de descanso cognitivo y físico (alrededor de 24 a 48 horas).

(Si pinchas en la imagen saldrá el cuestionario en español)

3 How do you feel?
You should score yourself on the following symptoms, based on how you feel now".

	none	mild	moderate	severe			
Headache	0	1	2	3	4	5	6
"Pressure in head"	0	1	2	3	4	5	6
Neck Pain	0	1	2	3	4	5	6
Nausea or vomiting	0	1	2	3	4	5	6
Dizziness	0	1	2	3	4	5	6
Blurred vision	0	1	2	3	4	5	6
Balance problems	0	1	2	3	4	5	6
Sensitivity to light	0	1	2	3	4	5	6
Sensitivity to noise	0	1	2	3	4	5	6
Feeling slowed down	0	1	2	3	4	5	6
Feeling like "In a fog"	0	1	2	3	4	5	6
"Don't feel right"	0	1	2	3	4	5	6
Difficulty concentrating	0	1	2	3	4	5	6
Difficulty remembering	0	1	2	3	4	5	6
Fatigue or low energy	0	1	2	3	4	5	6
Confusion	0	1	2	3	4	5	6
Drowsiness	0	1	2	3	4	5	6
Trouble falling asleep	0	1	2	3	4	5	6
More emotional	0	1	2	3	4	5	6
Irritability	0	1	2	3	4	5	6
Sadness	0	1	2	3	4	5	6
Nervous or Anxious	0	1	2	3	4	5	6

Total number of symptoms (Maximum possible 22) _____
Symptom severity score (Maximum possible 132) _____

Do the symptoms get worse with physical activity? Y N
 Do the symptoms get worse with mental activity? Y N

self rated self rated and clinician monitored
 clinician interview self rated with parent input

Overall rating: If you know the athlete well prior to the injury, how different is the athlete acting compared to his/her usual self?
 Please circle one response:
 no different very different unsure N/A

Fig. 2. Evaluación SCAT5 para conmociones cerebrales

2.4.6. Sangrados o hemorragias

Las heridas sanguíneas, abrasiones o laceraciones (heridas superficiales) pueden ocurrir durante muchos episodios de la práctica deportiva. Las laceraciones faciales y del cuero cabelludo pueden ser particularmente complicadas para su manejo ya que con frecuencia causan sangrado excesivo.

En la mayoría de modalidades deportivas, según el reglamento el deportista que sangre por una herida debe abandonar el terreno de juego y no puede regresar hasta que el árbitro se asegure de que el sangrado se ha detenido. Además, no se permite que un jugador use ropa o indumentaria con sangre.

Son habituales las heridas con hemorragia de los capilares, que pueden ser comprimidas y tapadas para continuar el juego. Suele ser un sangrado doloroso, lento y persistente, siendo la cantidad de sangrado directamente proporcional al área de piel afectada, aunque en la mayoría de los casos controlable.

Para que un deportista pueda regresar al terreno de juego, se deben cumplir los siguientes criterios:

- Se debe lograr el control completo de la hemorragia de cualquier herida.
- La herida debe estar cerrada con un apósito aplicado sin riesgo de contaminación de sangre a otras personas.
- La ropa y el resto de equipo (implementos, objetos, etc.) no deben estar contaminados con sangre.
- No debe haber lesiones asociadas, por ejemplo, traumatismo craneoencefálico.

Las laceraciones del cuero cabelludo pueden provocar un sangrado importante. Se debe intentar conseguir una hemostasia adecuada, aplicando presión con los dedos directamente. Posteriormente, se debe examinar la herida para estimar la profundidad y evaluar el estado del cuero cabelludo. Las laceraciones profundas del cuero cabelludo deben evaluarse en un departamento de emergencias donde haya suficiente luz, equipo y tiempo disponible, y no en el entorno del campo o escenario de juego.

Como curiosidad, a veces para tratar estas laceraciones, por la dificultad de la anatomía de la cabeza para colocar apósitos o vendajes, se están utilizando gorros de natación de silicona para taponar el sangrado.



Fig. 3. Jugador con gorro de natación para cohibir la hemorragia

Para finalizar y resumir este apartado creemos oportuno describir mediante un gráfico el proceso de toma de decisiones sobre la continuidad en el juego del deportista. El color rojo representa un problema grave y la retirada del escenario de juego, amarillo supone precaución y evaluación del deportista y verde indica que tras la atención el deportista puede seguir en competición.

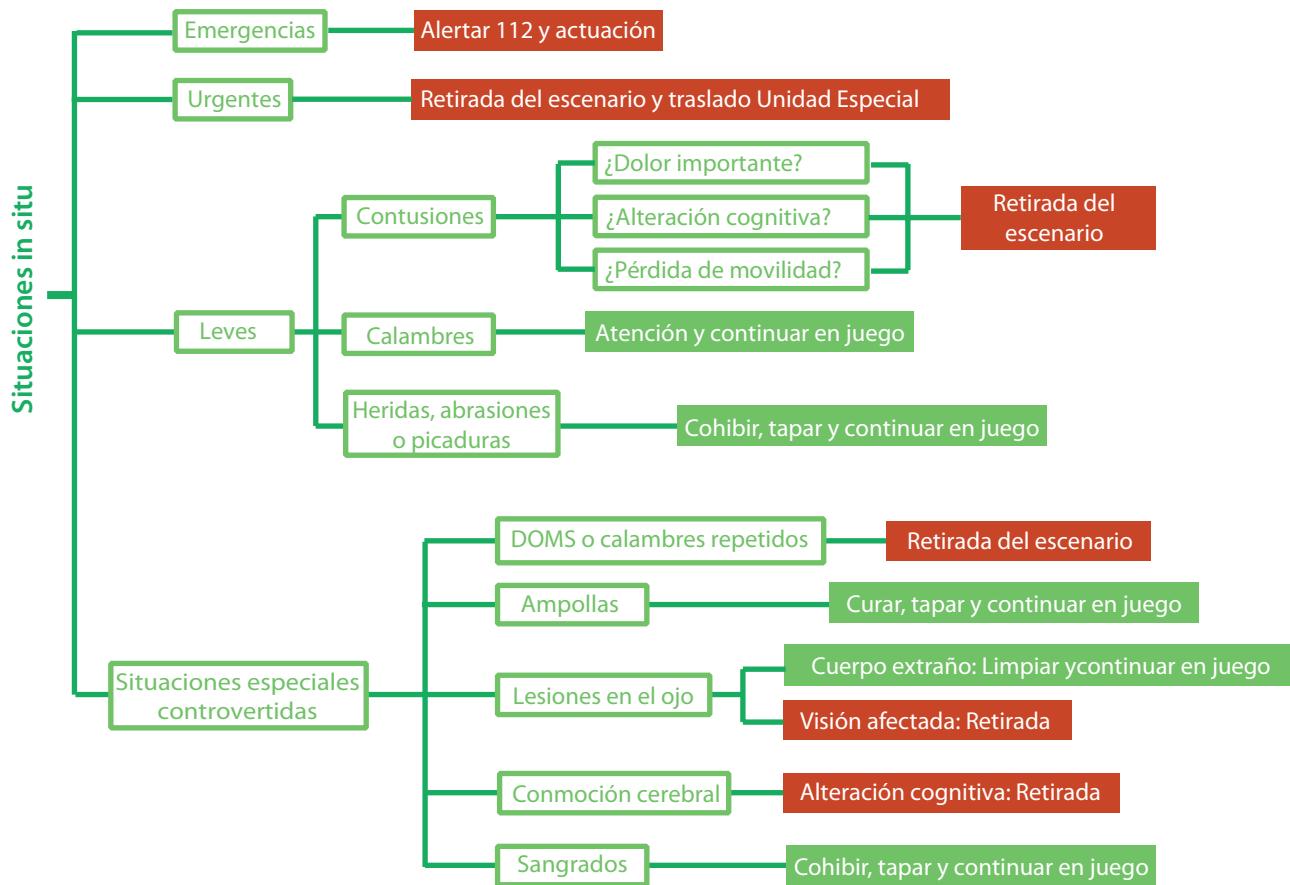


Fig. 4. Árbol decisional en función del problema ocurrido

3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN IN SITU HABITUALES

A continuación y a título informativo, veremos algunas técnicas sencillas que el técnico deportivo que puede aplicar cuando no tiene ayuda sanitaria cercana. De cualquier forma es necesario recordar que el técnico no está obligado a conocerlas, ya que se trata de técnicas sanitarias.

3.1 Aproximación de bordes de heridas o aplicación de puntos de aproximación o puntos “americanos”

Se denomina así a esta técnica porque es de origen militar estadounidense. Está pensada para curar heridas superficiales rápidamente y poder recuperar al lesionado lo antes posible, incluso en minutos para continuar su actividad.

El **papel adhesivo** que conlleva el material propio de esta sutura, presenta una serie de dificultades relacionadas con el mantenimiento que no tienen las suturas de hilo de seda. Este papel adhesivo no se puede mojar. Incluso se puede estropear con el sudor y con la sangre. Por ello, antes de aplicar el papel, hay que limpiar muy bien la herida y retirar los restos de sangre con gasas.

El mejor método para poner tiras de aproximación es la técnica en vías de ferrocarril. Esta técnica recuerda al dibujo de las vías del tren. Se basa en poner 2 tiras paralelas a la herida para que estas tiras de aproximación de la cicatriz traccionen sobre las primeras y no directamente sobre la piel. Al cruzarlas se obtiene un resultado mucho más resistente al movimiento del lesionado y al sudor. Las tiras de aproximación de los bordes de la herida deben colocarse en la misma dirección. Esta operación se realiza para que la cicatriz resultante sea más fina y recta. La distancia entre las tiras dependerá de la cantidad de tiras de la que dispongamos y de la longitud del corte o herida.

Para una mejor comprensión de esta técnica puedes ver el siguiente vídeo:

[Aplicación de puntos de aproximación o puntos americanos](#)



3.2. Curas de heridas

Otra de las técnicas más habituales es la cura de pequeñas heridas, roces o abrasiones. Las pautas que se han de seguir para curar pequeñas heridas son:

- Si la herida sangra, el primer paso es detener la hemorragia, presionando con una gasa sobre la lesión.
- Una vez que la herida deja de sangrar, se debe limpiar con agua y jabón suave, desde el centro hasta los bordes.
- Si la herida tiene cierta profundidad, es recomendable limpiarla con suero fisiológico y siguiendo el mismo procedimiento.
- Una vez que la herida está limpia se aplica un producto antiséptico (agua oxigenada, alcohol, povidona yodada, soluciones de mercurocromo y preparados a base de clorhexidina) para evitar que se infecte.
- Recordar que es importante disponer en el botiquín de material básico para curar heridas leves como gasas, apósitos, antiséptico, esparadrapo y suero fisiológico.

Puedes ver la técnica de lavado de una herida simulada en este vídeo:

[Cura, limpieza y desinfección de una herida](#)



3.3. Vendajes funcionales de tobillo

Estadísticamente la articulación más comúnmente lesionada es el tobillo. Muchas veces es una pequeña torcedura o un esguince muy leve. En estos casos, el vendaje llamado "funcional" con tiras de esparadrapo puede estabilizar la articulación y permitir que el deportista continúe la actividad.

En otras ocasiones, este vendaje facilita que el lesionado pueda comenzar la rehabilitación de forma precoz y con total seguridad, disminuyendo las posibilidades de que se sufra una recidiva de la lesión (recaída), ya que la cicatriz que se forma en el ligamento es más resistente y elástica a la vez que este vendaje impide que se pierda fuerza muscular y equilibrio en el tobillo.

Puedes ver cómo se coloca paso a paso este vendaje en el siguiente vídeo:



Vendaje funcional de tobillo

3.4. Sindactilia o cerclaje de los dedos

Es muy probable que aquellos deportistas que usan las manos en su deporte como en balonmano, baloncesto o los porteros en otros deportes, se lesionen algún dedo. En muchos casos, este tipo de lesión sucede de manera repetida, por lo que es habituales que los deportistas jueguen con este tipo de vendaje e, incluso, se lo sepan aplicar ellos mismos.

Estos vendajes se suelen realizar con esparadrapo tipo "tape", una venda inelástica adhesiva que se utiliza para hacer **vendajes funcionales**, lo que permite estabilizar las articulaciones limitando su movimiento a la hora de realizar unos gestos u otros, según su colocación.

Puedes ver el proceso de la colocación de este tipo de vendaje en el siguiente vídeo:



Vendaje de dedos de la mano

3.5. Molestias en los pies y vendajes de almohadillado para roces

Los pies son la parte del cuerpo de un deportista que más sufre. Los deportistas que por la práctica de su modalidad deportiva pueden padecer uñas negras, encarnadas o ampollas, deben cuidar especialmente sus pies y vendarlos preventivamente, especialmente si hay una competición importante por delante.

Varios estudios han descubierto que la aplicación de cinta de esparadrapo en esas áreas más vulnerables de los pies antes de una carrera redujo la aparición de ampollas en un 40%.

En el siguiente vídeo puedes ver los cuidados preventivos básicos para evitar dichas rozaduras o ampollas:



Cuidados para evitar rozaduras en los pies

Si quieres ver cómo tratarlas una vez que han aparecido, mira atentamente el contenido de este vídeo:

Atención a ampollas y rozaduras



4. BOTIQUÍN DE CAMPO

El personal de posible apoyo médico (generalmente médicos, fisioterapeutas, enfermeros, entrenadores, etc.) en todos los niveles deportivos debe estar preparado para manejar una variedad de dolencias médicas y musculoesqueléticas. Para ello, deben estar equipados con el material adecuado.

Este material debe ser fácilmente accesible para permitir el mejor manejo de las diferentes situaciones que pueden surgir en o alrededor del escenario y procurar cierta rapidez en la atención.

Habitualmente existen varias bolsas destinadas a llevar un instrumental necesario para atender a los deportistas en diferentes situaciones:

A) Botiquín de entrenamiento o competición

El tipo de equipaje de mano que se utiliza a pie de campo está determinado en gran medida por las preferencias personales y la funcionalidad. Idealmente, las bolsas deben ser ligeras y de no gran tamaño, resistentes para soportar los viajes y con múltiples compartimentos de fácil acceso.

En modalidades con pocos incidentes lesivos, un mínimo botiquín es suficiente como podemos ver en el siguiente vídeo:

Botiquín básico de actividades



La mayoría de las veces el material mínimo disponible tiene que ver con elementos para tratar impactos entre deportistas o abrasiones y laceraciones con la superficie de juego. Suelen ser lesiones que requieren limpieza, desinfección, vendaje y, ocasionalmente, suturas, grapas o pegado. Los compartimentos deben contener juntos los instrumentos o desechables que se utilicen comúnmente. Lo ideal es que los compartimentos sean transparentes y de diferentes tamaños.

El botiquín ideal debe contener:

- Hisopos con alcohol para lesiones en nariz, oídos u ojos.
- Soluciones desinfectantes:
 - Clorhexidina (tipo Hibitane).
 - Povidona yodada (tipo Betadine) en envases pequeños.

- Gasas o compresas.
- Apóritos antiadherentes.
- Apóritos impermeables.
- Venda adhesiva elástica de 25, 50, 75 mm.
- Guantes quirúrgicos: estériles y no estériles.
- Jeringas para lavar alguna superficie corporal.
- Tijeras (punta romana).
- Botes de frío, bolsas de hielo triturado preparadas previamente o bolsas de hielo químico de un solo uso.
- Agua oxigenada para taponamientos nasales o auditivos.
- Ampollas de suero fisiológico para los ojos.
- Cánula de guedell o tubo de mayo para abrir la vía aérea.
- Esparadrapos de tela.
- Mascarillas quirúrgicas de repuesto (en función de la situación por Covid-19).
- Vaselina para rozaduras o taponamientos nasales.

Los deportistas de manera individual (así como los entrenadores y otro personal de apoyo) pueden tener necesidades médicas específicas o alergias. Los técnicos deportivos deben ser conocedores de dichas necesidades y permitir que los jugadores compartan la responsabilidad para llevar ciertos medicamentos específicos para sus propias dolencias.

Este material específico puede incluir bolígrafos de adrenalina, insulina (deportistas diabéticos), antihistamínicos y corticoesteroides para alergias e inhaladores para asmáticos.

B) Botiquín de emergencia

Como ejemplo de consenso sobre este material, la Bolsa de Emergencia Médica de la FIFA fue diseñada por un panel de expertos específicamente para manejar las trece condiciones médicas de emergencia que se considera más probable que ocurran en un campo de fútbol.



Fig. 5. Bolsa oficial FIFA para trabajo a pie de campo

En otras ocasiones, el botiquín varía debido a las condiciones de cada disciplina deportiva:

Botiquín específico de actividades



Para conocer las funciones fundamentales del material que contiene un botiquín y darle el uso adecuado, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- **Picaduras y mordeduras:** gasas o compresas, hielo químico, suero fisiológico, bolsas de agua, vendas, apóositos y antiséptico tipo Betadine.
- **Contusiones en partes blandas:** suero fisiológico, jabón neutro y hielo químico.
- **Lesiones óseas y musculares:** esparadrapo, cinta adhesiva, pañuelos triangulares, cintas de tela y vendas elásticas grandes.
- **Quemaduras y heridas:** vendas, gasas y compresas estériles, suero fisiológico, tijera, pinzas y apóositos.
- **Lesiones en oídos, nariz y ojos:** gasas y compresas estériles, hisopos de algodón, suero fisiológico e hielo.
- **Sangrados:** hisopos de algodón, gasas, vaselina, apóositos y suero fisiológico.

5. PROTECCIÓN ADECUADA DEL TÉCNICO QUE ATIENDE

El mayor riesgo para la mayoría de heridas y lesiones que rompen la piel es la infección. Por ello, antes de comenzar su manipulación, el técnico que atiende deberá adoptar las siguientes medidas universales de protección:

- Lavarse las manos antes del contacto con el lesionado. Preventivamente el técnico que está encargado de la atención sanitaria en el campo debe usar guantes estériles.
- En caso de tener alguna herida, hay que limpiarla y cubrirla cuanto antes.
- La persona que atiende al deportista, si es posible, debe usar gafas de protección ante situaciones en las que pueda haber salpicaduras de distintos fluidos corporales, teniendo en cuenta que las salpicaduras de sangre son potencialmente las más peligrosas.
- Se ha puesto de actualidad tras la pandemia por COVID, emplear mascarillas de manera preventiva durante cualquier atención, algo que sería recomendable que se mantuviese una vez superada dicha pandemia.

5.1. Lavado de manos correcto ante atención a un deportista

- Abrir el grifo sin tocarlo con las manos, con una toalla de papel o pañuelo.
- Mojarse abundantemente las manos y los antebrazos.

- Lavarse con jabón durante 20 segundos, entrelazando los dedos y frotando las palmas y la parte posterior de las manos en un movimiento circular.
- Limpiarse las uñas con más jabón, utilizando las uñas de la otra mano o un cepillo.
- Aclararse abundantemente.
- Secarse completamente con una toalla de papel por aplicación, es decir sin deslizar el papel sobre la piel, desde los codos hasta la punta de los dedos de la mano.
- Cerrar el grifo con otra toalla de papel seca o pañuelo.

La pandemia de COVID19 ha hecho que aprendamos a lavarnos las manos de manera rigurosa, como puedes ver en el vídeo.

Lavado de manos ante la atención a un deportista



Si fuese necesaria una desinfección rápida de las manos, se debe utilizar una solución alcohólica desinfectante, gel hidroalcohólico, aplicando una dosis del producto sobre las manos secas, extender el gel frotando las palmas y la parte posterior de las manos en un movimiento circular, entrelazando los dedos, hasta que queden completamente secas (30 segundos).

5.2. Limpieza del material de curas

Antes de utilizar material para realizar una cura (tijeras, pinzas), deberá limpiarse cuidadosamente para evitar infectar la herida. Para ello, el material debe lavarse con agua y jabón, impregnarlo en alcohol o una solución antiséptica y secándolo después con un paño limpio lo más estéril posible o con una toalla de papel seca o gasas.



Fig. 6. Cuerpo médico en una salida a atender al campo con guantes preparados

6. BIBLIOGRAFÍA

- *Constans, A. Exposición a agentes biológicos: seguridad y buenas prácticas de laboratorio.* Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Disponible en web en www.insht.es. Acceso el 3 de mayo de 2013.
- *Flegel, M. Sport First Aid. A Coach's Guide to the Care and Prevention of Athletic Injuries.* Champaign, IL.: Human Kinetics, 2008.
- *Gutierrez, E y Gomez, JL.* (2012). *Actuación general en primeros auxilios.* Madrid, España: Editex.
- *Jiménez, L. y Montero F.J. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación.* Barcelona: Elsevier, 2010.
- *Red Médica de la FIFA* <https://www.fifamedicalnetwork.com/>
- *SIKANA salud* <https://www.sikana.tv/es/health>



TEMA 14. MOTIVACIÓN ADAPTADA A JÓVENES DEPORTISTAS

Libro:

- Estrategias para fomentar la motivación en la iniciación deportiva.

Estrategias para fomentar la motivación en la iniciación deportiva

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](#)

Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06

Libro: Estrategias para fomentar la motivación en la iniciación deportiva

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano

Día: miércoles, 9 de abril de 2025, 01:07

Descripción

Estrategias para fomentar la motivación en la iniciación deportiva

Tabla de contenidos

- [**1. INTRODUCCIÓN**](#)
- [**2. MOTIVAR A TRAVÉS DE LAS INSTRUCCIONES**](#)
- [**3. MOTIVAR A TRAVÉS DE LAS TAREAS PROPUESTAS Y DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO**](#)
- [**4. MOTIVAR A TRAVÉS DEL FEEDBACK**](#)
- [**5. MOTIVAR A TRAVÉS DEL MARCO ATRIBUCIONAL Y RELACIONAL**](#)
- [**6. BIBLIOGRAFÍA**](#)

1. INTRODUCCIÓN

En primer lugar, hay que señalar que habrá tantas motivaciones como individuos tengamos frente a una práctica deportiva. Y esta motivación puede proceder de la satisfacción personal por el esfuerzo realizado, la autoimagen, la salud, el reconocimiento, el estatus social, de la intención por demostrar más habilidad que los demás, por obtener mayor riqueza económica, etc.

En el ámbito de la iniciación deportiva lo más crítico es evitar el **abandono temprano** de la práctica deportiva. El abandono deportivo se produce, casi siempre, cuando las expectativas del deportista no son satisfechas a lo largo del proceso de aprendizaje.



La presión que en muchas ocasiones reciben los deportistas en la fase de iniciación deportiva por el entorno excesivamente competitivo en que se ven envueltos hace que descienda la participación y repercute mucho en el abandono antes de haber cumplido los trece años.

En estas circunstancias de “trascendentalización competitiva” donde imperan metas poco realistas o inalcanzables y relacionadas generalmente con la comparación con otros deportistas, muchos jóvenes deportistas sienten ansiedad. Cuando este estado de ansiedad es superior al nivel de tolerancia del deportista acaban apareciendo sensaciones negativas que le llevan al abandono deportivo.

En esta línea, en el año 2005, como Año Europeo del Deporte, se propuso cambiar los valores tradicionales del deporte (centrados en las aptitudes del deportista) por nuevos valores basados en la actitud. En este sentido, se formuló el objetivo social de promover la estabilidad, la tolerancia, la integración y la cohesión social a través del deporte, desarrollando actitudes de solidaridad frente a competitividad, destreza frente a fuerza, tolerancia frente a agresividad, escuchar y comprender frente a discusión, consenso frente a imposición, afectividad frente a rudeza, orden frente a desorden, creatividad frente a rigidez.

Otros motivos destacables de abandono señalados por los deportistas son la falta de tiempo, la elección de otras tareas o el fracaso escolar.

Madres y padres, consciente o inconscientemente, favorecen el abandono de hábitos deportivos de sus hijos al borrarlos del deporte por incompatibilidad con otras tareas, malas notas o falta de tiempo.

Finalmente, otro factor a destacar que propicia el abandono temprano es el **aburrimiento**, la falta de estímulos que fomenten la diversión y el disfrute durante la práctica deportiva en sí.

En todos estos casos, el entrenador siempre está en disposición de influir positivamente, de ahí la importancia de su figura en esta fase de desarrollo deportivo. A continuación, proponemos una serie de estrategias que pueden ser de utilidad al técnico deportivo para incrementar la motivación de sus deportistas en la iniciación deportiva y acentuar así la fidelización previniendo el abandono.

2. MOTIVAR A TRAVÉS DE LAS INSTRUCCIONES

Según Pedro Saenz-López Buñuel (1997) uno de los aspectos más importantes en el aprendizaje deportivo es la información que recibe el sujeto sobre la actividad que va a realizar. Esta información es de vital importancia para mantener la motivación de los deportistas, ya que una información deficiente en este sentido provocará la desconexión y el aburrimiento desde el inicio. Para evitar este escenario debemos ser capaces de explicar a nuestros deportistas minuciosamente y de manera estimulante qué es lo que deben realizar.

En primer lugar, el entrenador debe garantizar **que todos los deportistas puedan oírle y verle bien** y que, a su vez, él pueda ver y oír bien a todos. Para ello es necesario:

- **Adoptar una posición adecuada respecto a los deportistas** en el momento de presentar las actividades, que le permita ver y oír a todos. Es frecuente, por ejemplo, que el profesor dé la espalda o se posicione equivocadamente con respecto al sol o el aire si interviene al aire libre. Como norma general ponerse de espaldas al grupo es un error, aunque puedan existir algunas excepciones cuando se explica a grupos muy reducidos, grupos maduros o con mucha confianza y siempre no más de 3 segundos, de lo contrario el entrenador romperá el contacto. Si la comunicación se realiza al aire libre siempre es conveniente colocarse de cara al sol para que los alumnos puedan verlo sin ser deslumbrados; si el viento es fuerte, lo adecuado en dejarlo a nuestra espalda, así se encargará de llevar mejor nuestras palabras hacia el grupo.
- **Controlar la posición de los deportistas.** Los deportistas deben situarse cerca del entrenador, pero a la vez lo suficientemente separados unos de otros y también con respecto al entrenador como para que todos puedan oír y ver bien. Normalmente es conveniente formar un semicírculo a nuestro alrededor. También puede ser un buen recurso sentar a los deportistas, sobre todo con grupos numerosos, niños pequeños o en explicaciones largas. En estos contextos el control del profesor sobre el grupo y la atención de los alumnos aumentan si los deportistas están sentados.

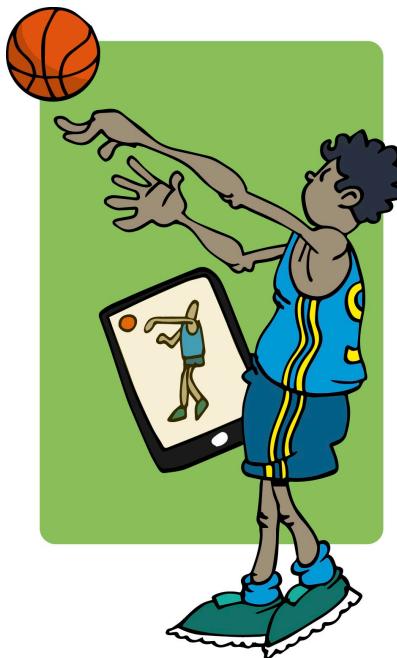


En segundo lugar, es necesario captar la atención de los deportistas y **mantenerles conectados** durante todas nuestras explicaciones. Para ello:

- Toda información debe ir precedida de un tiempo para captar la atención de los interlocutores. Se puede plantear una pregunta inicial que despierte el interés, proponer un caso a resolver, comentar alguna anécdota divertida y sorprendente, etc. Valdría cualquier acción que conecte con los núcleos de interés de nuestros deportistas con tal de captar su atención desde el principio.

Finalmente es necesario asegurarnos de que todos los deportistas han entendido bien lo que hay que hacer. Para ello:

- Las instrucciones deben ser cortas, claras, concisas, simples y adaptadas al lenguaje y características de nuestros deportistas para facilitar su comprensión.
- La voz debe ser fuerte y clara, con intensidad variable y tono modulado para evitar la monotonía.
- Es conveniente acompañar la información verbal con demostraciones prácticas de los ejercicios (desde diversos ángulos si fuese necesario) para que los alumnos vean claramente lo que hay que hacer además de escucharlo.
- La información debe ser redundante: utilizar varios canales para transmitirla (visual, auditivo, kinestésico-táctil) y repetirla varias veces para que cada alumno tenga oportunidad de captarla en el momento en que esté más atento.
- Preguntar si hay dudas después de las explicaciones y antes de comenzar la actividad. Pocas veces preguntamos a los deportistas si hay alguna duda respecto a lo que hay que hacer. Es un buen hábito preguntar si se ha entendido bien después de cualquier información.



Para obtener buenos resultados en esta práctica, deben evitarse las siguientes formulaciones por ser demasiado genéricas: “¿Está claro?”, “¿Todo el mundo la ha entendido?”, “¿Hay alguna pregunta?”. En cambio, se recomiendan las siguientes formulaciones: “¿Quién desea alguna aclaración?”, “No estoy seguro de haberlo aclarado suficientemente, lo vuelvo a repetir resumidamente”, “¿Alguien desea que concrete algún punto determinado del tema?».

Como resumen de este apartado, presentamos este cuadro inspirado en Target, C. y Cathelineau, J. (2002) que puede ser de mucha utilidad como guía para el análisis de nuestras intervenciones. Y recuerda: el emisor siempre es el responsable de la incomprendición del mensaje. No es importante lo que nosotros decimos, sino lo que llega.

COMPORTAMIENTOS DE COMUNICACIÓN	MEDIocre	MEDIO O BUENO	MUY BUENO
A. EL CONTENIDO (canal verbal)			
Emplea un tiempo para captar la atención al inicio	No lo hace	Lo hace con frecuencia	Lo hace siempre
Número de palabras utilizadas	Demasiado numerosas	Un poco excesivas	El mínimo
Vocabulario utilizado	Complicado	Técnico	Sencillo
Redundancias (repeticiones, resúmenes)	Inexistente	Poco utilizado	Utilizado
Preguntas para asegurarse de la comprensión	No hace	Las hace con frecuencia	Las hace siempre

B. LA EXPRESIÓN (canal verbal)	MEDIocre	MEDIO O BUENO	MUY BUENO
Intensidad de la voz	Débil	Fuerte	Variable
Ritmo y tono	Monótono (voz cavernosa)	Lento	Modulado
Articulación	Grave, inaudible	Clara, aguda pero irritante	Voz fuerte y clara

C. EL NO VERBAL (canal visual)	MEDIocre	MEDIO O BUENO	MUY BUENO
Mirada	Fijo, pasivo	Sobre una zona	Circular y activo
Gestos	Inexistentes	Molestos	Atrayentes
Ocupación del espacio	Excesivo cambio de sitio	Inmóvil	Se desplaza (adaptado)
Colocación del entrenador y de los deportistas	Habitualmente errónea	Casi siempre correcta	Siempre correcta
Colocación del entrenador y de los deportistas	No las utiliza	Las utiliza en bastantes ocasiones	Las utiliza siempre

3. MOTIVAR A TRAVÉS DE LAS TAREAS PROPUESTAS Y DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Para que las tareas sean motivantes y que no decaiga el interés es necesario **evitar la monotonía**. Para ellos las tareas deben ser variadas, cortas, divertidas, animadas, con cambios de ritmo.

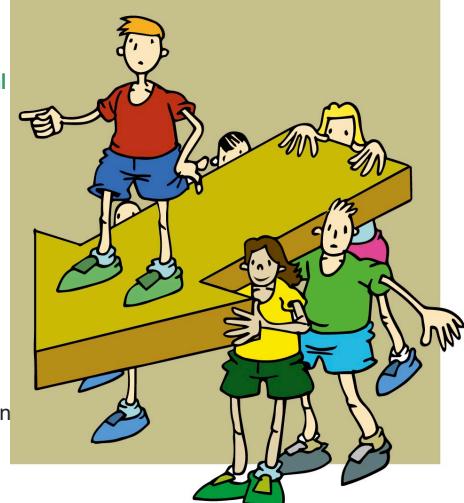
Un aspecto fundamental en este apartado es favorecer **la máxima participación de los deportistas**. Es habitual cuando analizamos una sesión observar una inadecuada organización que lleva a que los deportistas participen poco. Como consecuencia de esta poca participación los deportistas se aburren, se desmotivan y abandonan el deporte. Para evitarlo es necesario preocuparse de que todos participen lo máximo posible, diseñando entrenamientos activos, sin esperas. En este sentido es necesario evitar todas aquellas organizaciones que no faciliten la participación activa de todos los deportistas o generen tiempos de espera largos (filas, por ejemplo).

Fomentar la mejora es también crucial para mantener la motivación a través de las tareas propuestas. Para ello, las progresiones deben contener las secuencias adecuadas para que el aprendizaje sea constante y progresivo, y estar ajustadas a las capacidades y características específicas de cada uno de nuestros deportistas. De esta forma, conseguiremos que todos los deportistas logren realizar con éxito las tareas, lo que constituye una fuente de motivación extraordinaria.

En la [Guía de motivación para técnicos deportivos](#) editada por el CSD (pinchar en el nombre) se plantea que las tareas para ser atractivas deben suponer un **reto para el deportista**, y recomienda **ajustar la dificultad a la habilidad del sujeto y establecer expectativas realistas de forma individual** (estos objetivos son conocidos tanto por el deportista como por sus padres). Si lo que se propone es muy fácil, el deportista no mostrará interés y no se esforzará; si es muy difícil se frustrará porque no puede superarlo. Se puede variar la dificultad del ejercicio cambiando la distancia, el tiempo, el número de jugadores, de pases, etc. En definitiva, **adaptar la actividad al deportista y no el deportista a la actividad**.

En la misma *Guía de motivación para técnicos deportivos* se proponen otras cuatro estrategias interesantes para motivar a través del planteamiento que le demos a las tareas:

- Antes de realizar las tareas es conveniente que los deportistas comprendan para qué hacen la tarea. Por lo tanto, es necesario explicar los objetivos previamente. Si los deportistas tienen claro de antemano qué van a trabajar y por qué, encontrarán el sentido a lo que vayan haciendo en cada momento.
- Permitir en ocasiones concretas que los deportistas puedan decidir qué tipo de tareas hacer. Si los deportistas eligen la tarea a realizar seguramente le pondrán más ganas. Se le pueden facilitar dos tipos de tareas, por ejemplo, y preguntarles cuál prefieren hacer.
- Utilizar juegos cooperativos como instrumentos que desencadenan un tipo de dinámicas colaborativas muy motivantes, que mejoran la cohesión del grupo. Esto no excluye que los grupos cooperen entre sí contra otro equipo.
- Cambiar a los deportistas de grupo de manera sistemática para que puedan optar a desempeñar distintos roles dentro de cada grupo, o simplemente se enriquezcan compartiendo experiencias con personas distintas y no siempre con las mismas, algo que suele suceder si dejamos que se agrupen siempre según sus intereses y filiaciones.



4. MOTIVAR A TRAVÉS DEL FEEDBACK

El feedback es una información proporcionada al deportista para ayudarle a repetir los comportamientos motrices adecuados, eliminar los comportamientos incorrectos y conseguir los resultados previstos (Piéron, 1999).

Hay que señalar que **el feedback puede clasificarse según su forma, dirección u objetivo**. Según la forma, el feedback puede ser verbal, visual o kinestésico-táctil (tocando al deportista para corregirle y que adopte el gesto técnico correcto). La dirección del feedback nos indica hacia quién va orientado el feedback (individuo, grupo reducido o equipo completo). Por último, el objetivo del feedback puede ser evaluativo, descriptivo, prescriptivo, explicativo o interrogativo.

Para determinados autores, el modo en que el técnico deportivo utiliza el feedback determina una de las dimensiones más significativas en cuanto al criterio de eficacia. Carreiro Da Costa y Piéron (1990) destacan que el carácter adecuado del feedback diferencia, a favor, la eficacia en la adquisición de habilidades motrices por parte del deportista. Piéron (1999) establece un porcentaje del 99% de adecuación en técnicos deportivos con mejores resultados en aprendizaje frente a un 81,4% en los que obtienen peores resultados, ambos en función del tipo de información dada al deportista. Silverman, Tyson y Krampitz (1992) han establecido relaciones positivas entre la adecuación del feedback y el aprendizaje, preferentemente si los feedbacks eran positivos (Viciana, Cervelló, Ramírez, San-Matías y Requena, 2003).

De estos estudios se desprende que la forma en que los entrenadores proporcionan feedback a sus deportistas tiene una repercusión directa y relevante en la motivación, ya que **una de las principales funciones del feedback es el refuerzo**.

Dicho refuerzo puede ser **aprobativo, reprobativo o neutro**. Interesan los dos primeros. El feedback aprobativo se percibe como un mensaje agradable o de recompensa que provocará en la persona la tendencia a repetir la actitud, norma o valor por recibir más refuerzos positivos.

Por el contrario, el feedback reprobativo es percibido por el deportista como un castigo o estímulo desagradable lo que generalmente inhibe el deseo de volver a ejecutar la acción para evitar el sentimiento desagradable que provoca el feedback reprobativo.

El feedback aprobativo cumplirá una función motivadora en la sesión de entrenamiento frente al feedback reprobativo que repercutirá negativamente en la motivación de nuestros deportistas. Por eso, es importante felicitar y animar frecuentemente con convencimiento y sinceridad.

En este sentido la citada *Guía de motivación para técnicos deportivos* editada por el CSD sugiere que el feedback **siempre tenga un enfoque positivo** para corregir errores y recomienda para ello la técnica sándwich. Según esta técnica, lo primero es recordar al deportista lo que ha hecho bien. A continuación, se le facilita información que le sirva para corregirse y finalmente se le da ánimos. De esta forma se predispone al deportista a aceptar su error para que vuelva a intentarlo con buena actitud. Por ejemplo: “Buen lanzamiento, lleva un poco más el codo a la altura del hombro. Cada vez lo haces mejor”.

En cualquier caso, se recomienda **recompensar por el esfuerzo realizado** para adquirir el dominio de la acción técnica, independientemente del resultado, de esta forma conseguiremos mayor diversión, satisfacción e interés hacia el deporte. Cuando llegue el momento de dar a conocer al deportista lo que tiene que mejorar es recomendable seguir las siguientes directrices:

- Hacerlo con privacidad (sobre todo si es algo delicado para evitar que el deportista se sienta ridículo y esto pueda desencadenar que tenga miedo al fallo y no se atreva a realizar tareas desafiantes).
- Ofrecerle información relevante y significativa, útil, de forma objetiva, fijándonos en los fallos de ejecución y no en el resultado como hemos apuntado más arriba. Por ejemplo, si a un tenista que ha golpeado una bola fuera solo se le marca el error sin más, no sabrá dónde se ha equivocado. Debemos ayudarle a que entienda por qué la bola se ha ido fuera. Para profundizar en este aspecto la propia Guía de motivación para técnicos deportivos aconseja implicar al deportista en el feedback preguntándole por qué cree que ha fallado o acertado. De esta forma tomará conciencia de cómo ha hecho el ejercicio y lo recordará mejor para la próxima vez.
- Animar siempre con entusiasmo.



5. MOTIVAR A TRAVÉS DEL MARCO ATRIBUCIONAL Y RELACIONAL

El marco atribucional se crea en función de la sensación que tienen los deportistas de lo que supone el éxito y el fracaso, es decir, de aquello a lo que “atribuyen” el éxito o el fracaso. Cambiando este marco se podrá conseguir que valores como la persistencia y el esfuerzo sean percibidos como éxito.

En sintonía con la *Guía de motivación para técnicos deportivos* editada por el CSD, se pueden distinguir dos tipos de marcos atribucionales, uno orientado al ego y otro a la tarea. Un marco atribucional orientado a la tarea se caracteriza por un ambiente donde el objetivo consiste en primar en el deportista el proceso de realización del ejercicio. Por ejemplo, hacer una buena patada en karate, realizar el pase en el momento oportuno en fútbol, ejecutar un bloqueo en baloncesto, etc. La idea es que el deportista se centre en realizar el ejercicio correctamente, sin importar el resultado. Por el contrario, un ambiente que implica únicamente al resultado es un **marco atribucional orientado al ego**, en el que el objetivo del deportista es ganar sin preocuparse por el proceso.

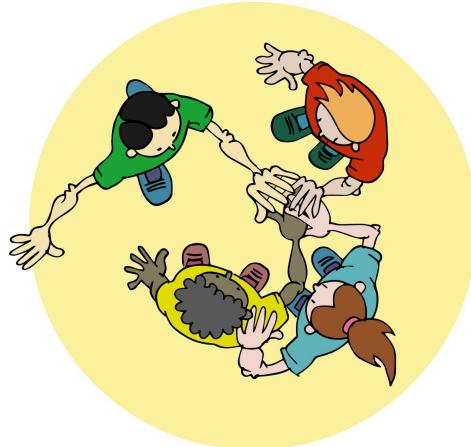
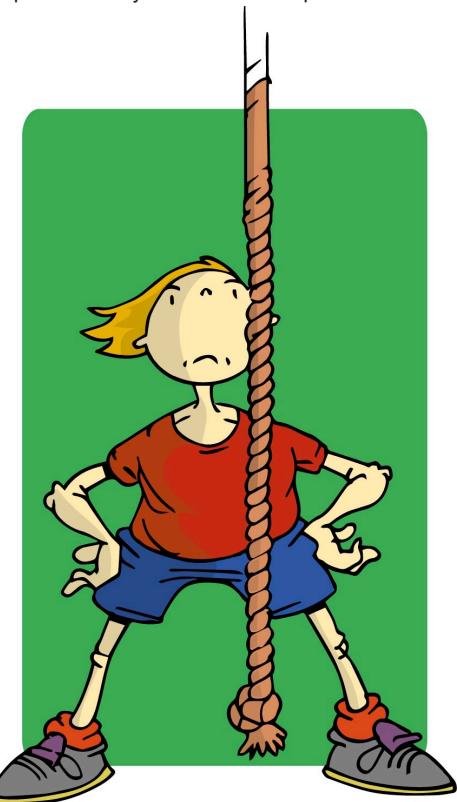
El marco atribucional basado en la tarea ayuda a definir el éxito como superación de desafíos personales o logros propios y no como derrota de los contrarios. En este marco, como no puede ser de otra manera, el entrenador es consciente, y así se lo transmite a sus deportistas, de que los errores forman parte del proceso de aprendizaje. Este planteamiento reduce los miedos de los jóvenes deportistas y los anima a probar la ejecución de tareas nuevas en las que, por supuesto, hay que extremar las medidas de seguridad, sobre todo en las tareas donde hay mayor riesgo.

En este sentido, no hay que olvidar **ajustarse al ritmo de aprendizaje de cada deportista**, a su edad y a sus características físicas y psicológicas. No se les puede pedir a todos que aprendan lo mismo al mismo tiempo. Para que todos puedan vivir el aprendizaje como un desafío personal y conseguir el aprendizaje deseado, hay que ofrecer posibilidades de desarrollo y mejora a todos.

Centrando el concepto de éxito en la tarea ofrecemos **motivos internos para seguir mejorando** y nos alejamos de las recompensas materiales, un camino peligroso ya que si no se obtienen triunfos siempre (cosa que en deporte suele pasar) la motivación se resentirá por falta de estímulos. En cambio, si la motivación está centrada en la tarea siempre habrá motivación por mejorar.

Desde el punto de vista del **marco relacional** es necesario promover la afiliación y socialización de los deportistas. Para ello, el entrenador debe darles tiempo para hacer amigos, incluir en el programa eventos sociales y de ocio, insertar períodos de tiempo libre antes, durante o después de las sesiones de entrenamiento.

En este proceso de creación de un espacio social amistoso es fundamental que el entrenador trate de forma **igualitaria** a todos los deportistas sin favoritismos, para evitar que nadie se sienta discriminado. Procurar no elogiar siempre a los mismos y estar atento a los que tengan menos aciertos o sean menos comunicativos para que se sientan atendidos.



Dentro del trato igualitario a todos los deportistas, no debemos olvidar la igualdad de género. En este sentido, resulta particularmente relevante el empleo de un **lenguaje no sexista**.

Como principales estrategias para evitar este uso sexista del lenguaje debemos evitar el uso del masculino genérico para referirnos a los dos géneros y utilizar en mayor medida términos genéricos, tanto masculinos como femeninos, para incluir a ambos性. Por ejemplo, el alumnado en lugar de los alumnos, el grupo de jóvenes en lugar de los chicos, la infancia en lugar de los niños, el profesorado en lugar de los profesores, la familia en lugar de los padres, etc.

Del mismo modo, debemos evitar emplear expresiones estereotipadas (frases configuradas de manera positiva en el caso de asignarse a lo masculino, y negativa si se vinculan a lo femenino) que generalmente ridiculizan lo femenino y refuerzan lo masculino (ej.: se mueve como una niña, el material que lo saquen los chicos que son más fuertes, tienes menos fuerza que una niña, etc.).

En tercer lugar, el uso no sexista del lenguaje pasa por realizar un orden de mención que alterne los dos géneros para no dar primacía a un género sobre otro (chicos-chicas, chicas-chicos).

Por último, no debemos olvidar un elemento sutil en el uso sexista del lenguaje como es la atención nominativa. Nos referimos al hecho de que el técnico deportivo llame por su nombre de pila en mayor medida a los componentes de un género que a los de otro. El género más reforzado se sentirá más presente dentro del grupo.



Por otra parte, y para finalizar, el **entusiasmo** del entrenador es contagioso y estimula enormemente a los deportistas. ¡Sé entusiasta! Este entusiasmo se manifiesta mostrando a los deportistas el cariño por lo que uno hace, escuchándolos y planteando preguntas, incluso **jugando y bromeando con ellos**, en definitiva, interactuando con pasión y manteniendo una actitud y un clima relacional siempre positivo.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Carreiro Da Costa, F. y Piéron, M. (1990). Teaching learning variables related to student success in an experimental teaching unit. En R. Telama, V. Varstala, J. Tiainen, L. Laakso, y T. Haajanen (Eds.), Research in school physical education (pp. 304-316). Jyväskylä: The foundation for promotion of physical culture and health.
- Moreno, J.A.; González, V.M. y Ambit, M. (2013). Guía de motivación para técnicos deportivos.
- Madrid, España: CSD.
- Piéron, M. (1999). Para una enseñanza eficaz de las actividades físico-deportivas.
- Barcelona, España: INDE.
- Saenz-López, P. (1997). La educación física y su didáctica. Sevilla, España: Wanceulen.
- Silverman, S.; Tyson, L. y Krampitz, J. (1992). Teacher Feedback and Achievement in Physical Education: Interaction with Student Practice. *Teaching y Teacher Education*, 8(4), 333-334.
- Target, C. y Cathelineau, J. (2002). Cómo se entrenan los deportes. Barcelona, España: INDE.
- Viciiana, J.; Cervelló, E.; Ramírez, J.; San-Matías, J. y Requena, B. (2003). Influencia del feedback positivo y negativo en alumnos de secundaria sobre el clima ego-tarea percibido, la valoración de la Educación Física y la preferencia en la complejidad de las tareas de clase. *Motricidad: Revista de ciencias de la actividad física y del deporte*, 10, 99-116.

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.



DESCARGAR TEMA EN PDF

TEMA 15. LA COMUNICACIÓN EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA INCLUSIVA

Libro:

- La comunicación con personas con discapacidad.

La comunicación con personas con discapacidad

Sitio: [CENTRO SUPERIOR DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS](https://centrovirtualcsed.csed.gob.es/mod/book/tool/print/index.php?id=149003)
Curso: CICLO INICIAL KARATE MADRID KA06
Libro: La comunicación con personas con discapacidad

Imprimido por: Efrén Luis Pérez Castellano
Día: sábado, 14 de junio de 2025, 11:24

Tabla de contenidos

1. INTRODUCCIÓN

2. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y TRATO SEGÚN DISCAPACIDAD

2.1. Discapacidad sensorial visual

2.2. Discapacidad auditiva

2.3. Discapacidad física

2.4. Discapacidad intelectual

3. RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS DEPORTISTAS CON DISCAPACIDAD

4. BIBLIOGRAFÍA

5. REFERENCIAS WEB

1. INTRODUCCIÓN

El acceso de algunas personas a determinados entornos, bienes o servicios que deben de estar a su disposición, puede estar condicionado por dificultades en la comunicación, tanto a la hora de emitir mensajes como de recibirlos. Una de las principales barreras de acceso a la práctica deportiva por parte de las personas con discapacidad está en la accesibilidad, incluyendo la comunicativa.

Es imprescindible conocer qué aspectos debemos contemplar para garantizar su participación en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía.

En primer lugar, debemos tener en cuenta las siguientes premisas:

- 1. Prestar atención a la persona, no a la discapacidad.*
 - 2. Hablar directamente a la persona con discapacidad no a su acompañante.*
 - 3. Tratar a los adultos como adultos.*
-

Las estrategias de intervención comunicativa deben adaptarse a las necesidades de cada una de las personas y discapacidades.

Cada persona tiene unas necesidades distintas y, por tanto, las consideraciones serán también diferentes en función de sus características. Las necesidades relacionadas con la comunicación de las personas con discapacidad, en el ámbito deportivo y de actividad física, se centran en la transmisión de información que normalmente es por vía oral, antes, durante y después de la práctica de actividad física.

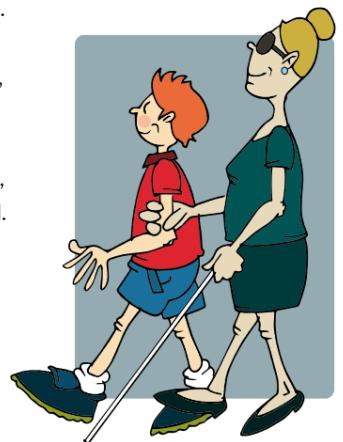
La tecnología utilizada para favorecer la comunicación tiene un papel muy representativo y son numerosos los recursos utilizados por las personas con discapacidad para facilitar la comunicación o para acceder a la misma ayudando a estas a comunicarse e incluirse mejor.

2. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y TRATO SEGÚN DISCAPACIDAD

2.1. Discapacidad sensorial visual

A la hora de comunicarnos y relacionarnos con personas con discapacidad visual debemos tener en cuenta lo siguiente (CORMIN-Gobierno de Navarra, 2013):

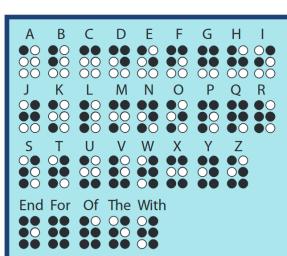
- Hablar en tono normal, despacio y claro evitando gritar o elevar la voz.
- Evitaremos utilizar palabras como "aqui", "allí", "esto", "aquellos"...; es preferible que utilicemos términos más orientativos como "a tu izquierda", "detrás de ti"... En ocasiones, puede ser también útil conducir su mano, previo aviso, hacia el objeto e indicarle de lo que se trata.
- Utilizar normalmente las palabras "ver", "mirar". No tenemos que considerarlas términos tabúes, las propias personas con discapacidad visual las utilizan habitualmente en sus conversaciones.
- Presentarnos cuando llegamos y avisar cuando nos vamos.
- Ante un riesgo (puerta entreabierta, obstáculos en la ruta...) debemos evitar utilizar exclamaciones que puedan provocar ansiedad a la persona tales como "¡ay!", "¡cuidado!" y emplearemos expresiones más informativas como "¡alto!", con el fin de evitar que siga avanzando.
- Cuando le acompañemos por un espacio desconocido le informaremos de lo que nos vamos encontrando.
- Preguntaremos antes de ofrecerle ayuda, ya que el hecho de que tenga una discapacidad visual, no debe llevarnos a suponer que, necesariamente, la necesite. Cuando la ayuda necesaria sea de carácter puntual, ajustaremos nuestra colaboración a esa circunstancia y procuraremos no prolongarla más de lo necesario.
- Cuando actuemos de guía de una persona ciega nos colocaremos delante de ella (a un paso más o menos), en el lado contrario al bastón en caso de que hubiera y ofreceremos nuestro brazo para que se agarre a él. Nos cogerá el brazo justo por encima del codo. Nuestro brazo ha de estar relajado y transmitir naturalidad. Debemos evitar colocarnos detrás de ella y agarrar su brazo o su bastón para empujarle hacia delante. Adaptaremos nuestro paso a sus características y al medio por el que nos desplazemos para que camine cómodamente.
- Si estamos en lugares estrechos o puertas colocaremos el brazo al que va sujetada la persona hacia atrás (a la parte media de la espalda) para indicarle de una manera no verbal, el paso por lugares estrechos o puertas.



- Si hay que subir o bajar escaleras, escalones o rampas le anticiparemos verbalmente que se acerca el desnivel de que se trate y nos aproximaremos al borde de la escalera o escalón perpendicularmente al mismo. Nos detendremos brevemente antes de iniciar la subida o bajada y nos colocaremos siempre un escalón por delante de él. Una vez finalizada la subida o bajada, nos pararemos brevemente antes de reanudar la marcha normal, para hacerle saber que las escaleras han terminado.
- En las escaleras mecánicas, es preferible que una vez situados al inicio de la escalera, le ayudemos a colocar su mano sobre el pasamanos y que aborde ella sola la escalera. En este caso, iremos delante si la escalera es de bajada y detrás si es de subida.
- Si la persona con discapacidad visual es acompañada por un perro guía, debemos entender que se trata de un elemento de ayuda para esa persona y que es ella quien atiende y gestiona su conducta. Evitaremos interactuar con el perro-guía y en los desplazamientos o paradas, nos colocaremos en el lado contrario al que ocupa el animal.

En las actividades de aprendizaje deportivo será preciso incidir en una información verbal por encima de la visual, intentando utilizar un lenguaje claro que permita al deportista hacerse una idea precisa de lo que se quiere conseguir:

- Se deben verbalizar las acciones a realizar de forma que el deportista sepa lo que tiene que hacer y lo que hacen los demás.
- Debe favorecerse la familiarización previa con el espacio de práctica y con los objetos que se van a utilizar en la misma.
- Es conveniente que en las demostraciones se facilite que el deportista pueda tocar a la persona que la realiza para seguir el movimiento con sus manos. Otra opción es movilizar a la persona ciega los segmentos corporales implicados en el movimiento.
- A la hora de dirigirse al deportista debemos decir su nombre antes de hablarle y mantener una posición estable en el espacio para transmitir la información.
- En relación con la metodología para transmitir la información se debe tratar de lo específico a lo general para interpretar la globalidad del movimiento informando de los resultados durante y al final de la ejecución. Si el concepto de movimiento no se entiende se debe tratar de comunicarlo de forma diferente.



El Braille, utilizado en personas con discapacidad visual, es definido según el diccionario de la Real Academia Española (RAE) como un "sistema de escritura para ciegos que consiste en signos dibujados en relieve para poder leer con los dedos". El alfabeto braille basado en un sistema de puntos con relieve permite a los ciegos leer, escribir o utilizar equipos informáticos. Habitualmente se estructuran en celdas de 6 puntos de relieve si bien en informática se utilizan celdas de 8 puntos.

2.2. Discapacidad auditiva

Cuando estemos con personas sordas o hipoacúsicas, intentaremos facilitarles ayudas que complementen, aumenten o supongan una alternativa al sistema de comunicación verbal. Para ello:

- Evitaremos hablarle sin que nos esté mirando. Le hablaremos de frente, con la cara bien iluminada y de cerca para facilitarle la lectura de labios. Mientras hablemos, es necesario que no tengamos nada en los labios ni en la boca y evitaremos poner las manos delante de nuestra cara.
- Le avisaremos cuando queramos hablar con él, llamando su atención con un ligero toque o con una discreta señal antes de hablar.
- Nos situaremos a su altura, sobre todo si son niños.
- Vocalizaremos bien, pero sin exagerar ni elevar el volumen de voz. Hablaremos siempre con un tono natural, ni deprisa ni demasiado despacio.
- Si no nos entiende, repetiremos el mensaje. Construiremos la frase de otra manera más sencilla, pero correcta y con palabras de significado similar.
- Ayudaremos a la comunicación con gestos naturales que le sirvan de apoyo, sin sobreactuar.

"El deporte no necesita adaptación a la condición física de la persona sorda, por cuanto su complejión es igual al de las personas sin discapacidad. Las únicas adaptaciones necesarias serían las referentes al espacio y a lo que a lo que la comunicación respecta" (Soto-Rey, 2014).

En la fase inicial de información de las actividades de aprendizaje deportivo deberemos (Soto-Rey y Pérez-Tejero, 2014):

- Utilizar diferentes apoyos visuales (murales, gráficas, diferentes colores para identificar y diferenciar contenidos).
- Realizar varios ejemplos y demostraciones prácticas hasta asegurarnos de que el alumno entiende lo que tiene que hacer.
- Utilizar signos y señas que puedan ayudar a comprender el mensaje que se intenta transmitir con paciencia y con la seguridad de que se está recibiendo.
- Anticipar la información sobre lo que se va a hacer (qué) y cómo se puede hacer (cómo) a través de apoyos visuales, esquemas, mapas conceptuales, resúmenes, etc.
- Antes de empezar la comunicación se debe de obtener la atención a través de estímulos visuales o táctiles como vibraciones o gestos.
- Comenzar cada nuevo aprendizaje retomando los conocimientos previos que posee el alumno sobre el tema y relacionar los nuevos contenidos con lo que el alumno conoce, de esta forma el alumno verá claramente la continuidad en la materia y construirá un aprendizaje significativo.
- Finalizar cada sesión de trabajo recapitulando acerca de lo que se ha aprendido (qué he aprendido; para qué me sirve...).
- Intercalar las actividades con exposiciones orales, trabajo individual, trabajos en grupo etc.
- Utilizar diferentes apoyos visuales (murales, gráficas, diferentes colores para identificar y diferenciar contenidos).
- Se recomienda organizar actividades de aprendizaje en pequeños grupos y en parejas, se facilita la comunicación y el modelo a seguir.

Para superar las dificultades que presentan las personas con discapacidad auditiva en la comprensión de mensajes transmitidos a través del lenguaje oral, surge en 1988 el lenguaje de signos, que se constituye como la lengua oficial de los sordos.

El lenguaje de signos es un sistema alternativo al lenguaje oral, donde la información se transmite a través de una modalidad no vocal del lenguaje verbal. Es una lengua visual y gestual en la que se utiliza la expresividad de las manos, cara y cuerpo. Al igual que las lenguas orales no existe una lengua de signos universal.

En la Web <http://www.sematis.eu/index.html> podemos encontrar un video-diccionario de los signos más utilizados.

La aplicación para dispositivos móviles Spreadthesign.com ha recopilado más de 300.000 signos, y supone una excelente herramienta de autoaprendizaje de la lengua de signos y de comunicación con las personas sordas.

De forma alternativa o complementaria las personas sordas también recurren a la **lectura labial**, mediante la cual interpretan los movimientos de los labios acompañados de los gestos que el interlocutor incorpora a la emisión de la palabra para comprender el mensaje oral.

A	B	C	Ch	D	E
F	G	H	I	J	K
L	LL	M	N	Ñ	O
P	Q	R	RR	S	T
U	V	W	X	Y	Z

Las personas con discapacidad auditiva utilizan también la **comunicación bimodal**, en la que el mensaje se expresa en dos modalidades al mismo tiempo, **oral** (el sordo lee los labios) y **signada**, pero la lengua base, la que marca el orden de la frase y la que determina la sintaxis de las producciones, es la lengua oral.

Por último, la **dactilología** se basa en la representación manual de las letras que componen el alfabeto. Normalmente suele utilizarse junto con el lenguaje de signos para sustantivos, nombres propios o palabras determinadas.

2.3. Discapacidad física

Las personas con discapacidad física pueden presentar asociadas necesidades que afectan a su competencia comunicativa.

A la hora de establecer una relación con personas con esta discapacidad en cualquier entorno, tenemos que considerar los siguientes aspectos (CORMIN-Gobierno de Navarra, 2013):



- Al dirigirnos hacia ella, hacerlo siempre por delante, cara acara. Si la conversación se va a dilatar unos minutos debemos colocarnos a su altura, agachándonos o sentándonos enfrente.
- Algunas personas tienen alterada su capacidad verbal, por lo que les resulta más difícil hacerse entender. Debemos escucharlos sin prisas, hasta el final, aunque intuyamos lo que quiere decir. Evitaremos completar sus frases o terminar nosotros su mensaje. Si no lo hemos entendido, hacérselo saber y escuchar nuevamente con calma y atención sin caer en interpretaciones.
- Ante una explicación o cuando hay que observar algo, es conveniente que se coloquen en primera fila para que el resto de personas no les dificulten la percepción visual o auditiva.
- A la hora de colaborar en sus desplazamientos con silla de ruedas, esperar a su petición de ayuda. Nuestra ayuda será oportuna solo si la requiere.
- Si nos paramos en algún lugar, comprobaremos que la silla esté bien colocada.
- En espacios estrechos, debemos prestar atención a que las manos y pies no choquen contra puertas, paredes...
- Si nos encontramos con un escalón, para subirlo, pondremos la silla de frente al escalón de manera que primero subirán las ruedas delanteras y luego las traseras. Nos colocaremos detrás por seguridad. Para bajarlo, colocaremos la silla de espaldas al escalón de manera que bajan primero las traseras. Aquí también nos colocaremos detrás por precaución.

- Si nos encontramos con una rampa, para subir, la silla estará de frente a la rampa. Una vez subida, nos cercioraremos de que la silla ha superado por completo la pendiente. Para bajarla, la silla irá de espaldas a la rampa de manera que se irá hacia atrás. Una vez abajo, comprobaremos que está bien colocada.
- Dependiendo de la lesión, algunas personas con discapacidad motora pueden encontrar dificultades en la manipulación de determinados objetos o prendas. En las situaciones en las que esté llevando a cabo un manejo manipulativo, respetaremos su iniciativa y el ritmo con el que ejecuta la acción, sin interferir en la misma.

Dentro del colectivo de personas con discapacidad físicas, son las afectadas de parálisis cerebral o lesiones cerebro – vasculares las que presentan más problemas en el área de la comunicación y el lenguaje. Dichas dificultades a la hora de articular las palabras no deben asociarse a la existencia de discapacidad intelectual.

Los sistemas aumentativos de comunicación (SAAC) tienen por objeto aumentar la capacidad de comunicación de las personas que presentan impedimentos para conseguir una comunicación verbal funcional. En los casos graves en los que no es posible la expresión verbal, estos sistemas la sustituirán siendo en este caso denominados **sistemas alternativos de comunicación**.

Estos sistemas de comunicación se utilizan en casos de parálisis cerebral, pero también en autismo o deficiencia auditiva, donde el lenguaje oral está seriamente limitado, por lo que es necesaria la utilización de lenguajes o sistemas de comunicación no verbales que sustituyan la comunicación verbal o incrementen las posibilidades comunicativas teniendo el lenguaje verbal como elemento de apoyo a la comunicación.

Son sistemas gráficos codificados y tableros de comunicación, consistentes en un conjunto de signos gráficos organizados previamente con el fin de posibilitar la comunicación de una persona en una situación grave de comunicación. Se manejan objetos reales, fotos, imágenes, letras, silabas, dibujos o **pictogramas**



Una herramienta que puede ser muy útil para los entrenadores es el uso de pictogramas a través de herramientas online para generar materiales

Algunos ejemplos pueden ser los que ofrece el Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa en el cual generar tus propios pictogramas de forma gratuita: <https://arasaac.org> o www.pictotraductor.com/



El **comunicador portátil** permite por síntesis de voz o voz grabada decir en voz alta el mensaje creado una vez pulsadas las casillas del comunicador.

También existen programas informáticos para utilizar en ordenadores, PDAs, agendas o móviles que permiten comunicarse mediante pictogramas, enunciados, letras o palabras.

Un ejemplo del desarrollo tecnológico en este campo es la APP para móvil CPA (Comunicador Personal Adaptable) disponible para varias plataformas.

En las actividades de enseñanza-aprendizaje deportivo el técnico deportivo debe asegurarse de que el deportista ha comprendido la actividad a realizar antes de comenzar la práctica.

2.4. Discapacidad intelectual

Podemos encontrar una enorme variabilidad dentro de esta discapacidad por lo que nos encontramos con personas que, aun teniendo algunos rasgos comunes derivados de su discapacidad, presentan perfiles muy heterogéneos.

Estas personas pueden tener algunas dificultades de comunicación oral, pero esto no quiere decir que sea incapaz de comunicarse. Si su lenguaje oral es muy reducido deberemos apelar al lenguaje gestual en algunos casos

Como estrategia principal se usará un lenguaje comprensible y adaptado a la edad y el grado de discapacidad intelectual que tenga la persona. Conviene que utilicemos frases cortas, claras y sencillas para su comprensión, comunicando el mensaje de la forma más simple y clara posible.

Uno de los sistemas de comunicación alternativos más utilizados en nuestro país en los últimos años, sobre todo con personas con TEA, o con otros trastornos del desarrollo, es el **Programa de Comunicación Total** -Habla Signada (Schaeffer, Musil y Kollinzas, 1980). Se trata de un sistema bimodal en el que se utilizan simultáneamente el lenguaje oral y signado. Uno de sus objetivos es fomentar la producción espontánea por parte del niño, por lo que en este sistema se resaltan fundamentalmente los elementos expresivos del lenguaje frente a otros sistemas que dan mayor relevancia a los elementos comprensivos.

En la Web [Habla Signada](#) podemos encontrar más información y ejemplos de este sistema de comunicación.

En **las actividades de aprendizaje deportivo** las informaciones del entrenador deben ser concretas y simplificadas. Las consignas deberán ser simples y con frecuentes repeticiones para su asimilación, acompañadas en la medida de los posibles de la visualización de la acción.

Sirviéndonos de la "Guía de buenas prácticas para entrenar a deportistas con discapacidad intelectual" (2020), a continuación, exponemos algunas de las consideraciones principales:

- Adapte su lenguaje al nivel de la persona: puede acompañar sus explicaciones con material gráfico, signos y señas para facilitar la comprensión.
- Son de gran ayuda comunicativa las comparaciones, ejemplos o referencias vivenciales significativas para ella.
- No utilice el lenguaje abstracto y evite el uso de tecnicismos.
- No se adelante a las emisiones de la persona, acomódese a su ritmo, dándole opciones de intervenir y respetando sus silencios.
- Trate de ignorar o no dar importancia a comportamientos que puedan parecer extraños (por ejemplo, vocalizaciones, estereotipias o gestos inusuales).
- Es aconsejable que se coloque cerca de nosotros para que su concentración sea más consistente. Pueden tener dificultades para centrar su atención y pueden mostrar interés por objetos que para nosotros pasan desapercibidos.
- Ante los cambios está especialmente indicado anticipar información, verbalizar por adelantado lo que va a suceder, con el fin de aumentar su capacidad de adaptación.
- La comprensión del tiempo puede ser difícil para ellos por lo que deberá asegurarse de que la entiende.
- Es conveniente que consideremos que algunas personas con discapacidad intelectual o trastornos de desarrollo viven con incomodidad el contacto físico. Como norma general, nuestra relación en este sentido ha de tener un planteamiento equivalente al que seguimos con cualquier persona.
- A estas personas les gusta relacionarse con otras personas, a pesar de que a veces tengan dificultades para hacerlo.
- Las informaciones deben ser concretas y simplificadas.
- Las consignas deberán ser simples y con frecuentes repeticiones para su asimilación, acompañadas en la medida de los posibles de la visualización de la acción.
- Reduzca, a ser posible, la estimulación sensorial y las interrupciones y retire el material que no vaya a emplear.
- Es conveniente que las instrucciones verbales tengan un cierto ritual de forma que les de confianza y seguridad, tanto a nivel de contenido (frases tipo) como en lugares concretos.
- En la explicación de las tareas puede resultar muy útil usar pictogramas para apoyar la información oral.
- Es importante chequear que ha comprendido la tarea a realizar pidiendo que la demuestre o realice, en lugar de preguntar si la ha entendido.
- Expresar con claridad cuando se hable con los deportistas, es decir, no usar frases confusas o lenguaje figurado (frases que van más allá del significado literal de las palabras, incluidas las metáforas y los modismos).

- Es aconsejable que se coloque cerca de nosotros para que su concentración sea más consistente. Pueden tener dificultades para centrar su atención y pueden mostrar interés por objetos que para nosotros pasan desapercibidos.
- Ante los cambios está especialmente indicado anticipar información, verbalizar por adelantado lo que va a suceder, con el fin de aumentar su capacidad de adaptación.

3. RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS DEPORTISTAS CON DISCAPACIDAD

Teniendo en cuenta uno de los resultados de aprendizaje de este módulo: "Informa a las personas con discapacidad sobre las prácticas deportivas, describiendo las técnicas de comunicación específicas e identificando las limitaciones que pueden presentarse en la iniciación a las mismas", será necesario conocer las características de la persona, como requisito previo a informar de la práctica deportiva más adecuada.

Existen numerosos instrumentos para evaluar los aspectos más importantes del desarrollo evolutivo de la persona u otras informaciones tanto a nivel cognitivo, socioafectivo o psicomotor, pero el estudio detallado de ellos excede los objetivos de este módulo.

Verdaderamente el técnico deportivo que recibe a un nuevo deportista en su club o instalación deportiva, tenga o no una discapacidad, deberá realizar una valoración global de la persona, partiendo de los antecedentes de práctica de actividad física y deportiva previa al momento de la evaluación, recabando información sobre los intereses y expectativas para esta nueva etapa de actividad física. En el caso de que sea un deportista con discapacidad deberá prestar especial atención a las posibles limitaciones o contraindicaciones consecuencia de la discapacidad que el deportista puede presentar. Una de las clasificaciones básicas de los tipos de evaluación distingue la evaluación objetiva y la subjetiva y entre las técnicas o instrumentos de medición diferencia entre las cuantitativas y las cualitativas.



La evaluación objetiva con técnicas cuantitativas es objeto de uso en ámbitos educativos (rendimiento escolar, determinación de necesidades educativas especiales, etc.), en ámbitos asistenciales (establecimiento del nivel de dependencia, grado de minusvalía, etc.), rehabilitadores o en ámbitos competitivos (clasificación deportiva funcional).

La propuesta de evaluación que recomendamos no excluye la realización de alguna prueba mensurable de condición física o desarrollo motor, pero se centra en **conocer al deportista**, y partiendo de sus experiencias e intereses, asesorarle sobre

una práctica deportiva que se ajuste a sus características. Es por eso por lo que preferimos en este caso el uso técnicas más cualitativas e instrumentos basados más en la observación que en la experimentación.

Uno de los instrumentos más interesantes para este tipo de valoración es **la entrevista**, ya que es útil para recoger información en los primeros contactos entre técnico y deportista y para interpretar debidamente la conducta, actitudes e intereses de la persona. Otra de las claves para una entrevista exitosa es la preparación de la misma por parte del evaluador, especialmente en aquellas que tienen un claro objetivo orientador.

Proponemos un modelo de entrevista estructurada, que debe abordar una serie de cuestiones predeterminadas. Eso no quiere decir que el estilo de la misma no deba ser espontáneo o informal, pues es de vital importancia la creación de un ambiente de normalidad en el trato. Incidimos en el hecho de que **el protagonista de la entrevista debe ser la persona, el deportista, y no la discapacidad**.

Consideraciones a tener en cuenta en una entrevista:

- Tener presente la información que queremos obtener y el objetivo de la entrevista.
- Formular las preguntas adecuadas para obtener la información deseada.
- Establecer un clima cordial que permita que el entrevistado sea espontáneo en las respuestas.
- En caso de dudas sobre el contenido y significado de las respuestas, el entrevistador debe resumirlas para detectar errores de interpretación.
- Comenzar con las preguntas más sencillas para disolver la tensión del inicio, dejando las preguntas más difíciles para cuando se hay establecido un diálogo fluido.

Es necesario preparar la entrevista elaborando un documento que recoja las preguntas que vamos a formular y donde reflejar las respuestas que da el entrevistado.

Si conocemos con tiempo a quién vamos a entrevistar deberemos obtener información que nos pueda servir de ayuda en la entrevista. En este caso deberemos saber si vamos a necesitar utilizar sistemas de comunicación alternativos o sustitutivos del lenguaje oral y conocer las consideraciones para un trato normalizado. A continuación, exponemos información relevante que puede ayudarnos a orientar y dirigir el tipo de práctica deportiva a un deportista (Ocete, 2022)

-
- *Tipo y severidad de la discapacidad.*
 - *Edad y nivel de desarrollo.*
 - *Nivel de condición física y habilidad.*
 - *Actividad física experiencias previas.*

- *Actitud hacia la actividad física y deporte.*
 - *Información médica si corresponde.*
 - *Restricciones a la participación.*
 - *Modificaciones o adaptaciones que tuvieron éxito en otras experiencias.*
 - *Equipamiento y material específico.*
 - *Experiencias pasadas que puedan influir la participación este año.*
 - *Expectativas en la participación del deportista.*
 - *Tipos de apoyos requeridos.*
-

4. BIBLIOGRAFÍA

- Burns, J. y Johnston, M. (2020). *Guía de buenas prácticas para entrenar a deportistas con discapacidad intelectual* (2020). Van Biesen, D. (coord). IDEAL: Discapacidad Intelectual e Igualdad de oportunidades para una participación Activa y a Largo plazo en el deporte. Canterbury University.
- Blázquez, D. (1990). *Evaluación en Educación Física*. Barcelona: INDE
- CORMIN-Gobierno de Navarra (2013). *Guía manual buenas prácticas en la interacción con las personas con discapacidad*.
- Ocete, C. (2022). *Cómo incluir a personas con discapacidad en el deporte: consideraciones previas. Recursos prácticos para los técnicos y entrenadores. Patinaje inclusivo*. Federación Española de Deportes de Hielo.
- Reina, R. y Sanz, D. (2012). *Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad*. Barcelona: Paidotribo.
- Ríos M. (2003). *Manual de Educación Física adaptada al alumnado con discapacidad*. Barcelona: Paidotribo.
- ONCE. *Curso Básico de Autoaprendizaje sobre Relación y Comunicación con Personas con Ceguera y Deficiencia Visual*
- Schaeffer, B., Musil, A. y Kollitzas, G. (1980). *Total Communication: A signed speech program for non verbal children*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Soto-Rey y Pérez-Tejero, J. (2014). *Estrategias para la inclusión de personas con discapacidad auditiva en educación física*. Revista española de educación física y deportes.

5. REFERENCIAS WEB

- Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa en el cual generar tus propios pictogramas de forma gratuita:
<https://arasaac.org>
- Las TIC en Logopedia: Audición y Leguaje. Universidad de Valencia. <http://www.uv.es/bellochc/logopedia/NRTLogo8.wiki?6>
- Sematos: Portal europeo de lengua de signos. <http://www.sematos.eu/lse.html>
- Web Habla Signada. <http://hablasignada.divertic.org/>
- <https://www.pictotraductor.com/>



DESCARGAR TEMA EN PDF

TEMA 16. TRABAJANDO CON GRUPOS

Libro:

- El grupo desde dentro.

CICLO INICIAL



CENTRO SUPERIOR
DE ENSEÑANZAS DEPORTIVAS

TEMA 16

EL GRUPO DESDE DENTRO



© CESED

TEMA 16

EL GRUPO DESDE DENTRO

1. INTRODUCCIÓN.....	PÁG. 4
2. FUENTES DE CONFLICTO EN EL GRUPO DEPORTIVO	PÁG. 4
2.1. Falta de espíritu de equipo.....	Pág. 5
2.2. Liderazgos tóxicos	Pág. 5
2.3. Discriminación por razones de género, de capacidad, actitudes xenófobas.....	Pág. 6
2.4. Contextos familiares que ejercen una influencia negativa en la iniciación deportiva.	Pág. 7
2.5. El miedo al conflicto como fuente de conflicto	Pág. 9
3. APÉNDICE: CATÁLOGO DE DINÁMICAS.....	PÁG. 9
3.1. Dinámicas de presentación y conocimiento.....	Pág. 10
3.2. Dinámicas de distensión	Pág. 14
3.3. Dinámicas de trabajo en equipo	Pág. 15
4. BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 19

VERSIÓN IMPRIMIBLE

La visualización de los vídeos debe hacerse desde la plataforma Moodle

1. INTRODUCCIÓN

En el proceso de entrenamiento de cualquier grupo o equipo, surgen con frecuencia conflictos que tenemos que atajar y normalizar. La iniciación deportiva no se libra de este problema. Veamos cuáles son las principales fuentes de conflicto, y algunas actitudes y recursos de las que dispone el técnico deportivo para la resolución de dichas contingencias.



2. FUENTES DE CONFLICTO EN EL GRUPO DEPORTIVO

De manera general, Mucchielli (citado por Morilla y Revuelta, 2011) define el grupo como un ente vivo y concreto, integrado por individuos que se comunican, actúan, se estructuran y perfeccionan su capacidad para actuar en equipo en pos de una meta en común.

Concretamente al hablar de equipo deportivo se hace referencia a un conjunto organizado de sujetos, agrupados con propósitos lúdicos, formativos o de resultados, donde se desarrollan fuertes lazos de solidaridad, se generan normas de conducta y se identifican unos y otros de manera unitaria. En el grupo deportivo podemos distinguir dos dimensiones:

- Dimensión social: carácter organizado por el que se produce diferenciación de roles y de responsabilidades respecto a tareas y metas del grupo.
- Dimensión psicológica: conjunto de expectativas que van desarrollándose a lo largo de las interacciones de unos individuos con otros del grupo.

Al hilo de estas dos dimensiones se generan muchos de los conflictos deportivos en el grupo deportivo.

Otra de las dimensiones generales que provocan muchos conflictos es el choque que se produce entre las distintas orientaciones de la iniciación deportiva que las instituciones, deportistas y familias pueden adoptar, ya sea lúdica o a resultados.

Por **orientación lúdica** se entiende una manera de entender el deporte en la que prima la diversión, jugar y pasarlo bien, aprender, respetar al contrario y a los compañeros, ayudar al equipo, etc. Por el contrario, la **orientación a resultados** se caracteriza por situar el resultado por encima de cualquier otra cuestión como la diversión, el respeto, el juego limpio el aprendizaje e, incluso, la salud del deportista.

Es claro que ambas orientaciones son incompatibles cuando se radicalizan.

A continuación, reseñamos algunas fuentes específicas de conflictos:

2.1. Falta de espíritu de equipo

Según Xesco Espar (2010), para que los equipos funcionen como tales hay que generar un verdadero espíritu de equipo. Este espíritu de equipo no suele aparecer por sí solo, sino que requiere planificar un trabajo sistemático mediante el que inculcar valores en el grupo como los que se detallan a continuación (para inculcar estos valores es de mucha utilidad el uso de dinámicas de grupo, algunas de las cuales las puedes encontrar en el apéndice de este libro):

- Generosidad.
- Colaboración.
- Apoyo mutuo.
- Solidaridad.
- Integración y respeto a la diversidad.
- Humildad.
- Compromiso.

En el libro *La meta* de Goldratt & Cox se plantea que un equipo es tan fuerte como es eslabón más débil de la cadena. Por eso de nada sirve la maximización de los esfuerzos individuales si se quiere mejorar al equipo. Solamente apelando un espíritu de equipo donde reine la generosidad, la colaboración, el apoyo mutuo, la solidaridad, la integración, etc., se darán las condiciones necesarias para el grupo ayude al eslabón más débil a mejorar y, con ello, a mejorar al grupo en su conjunto porque “la resistencia de una cadena se mide por su eslabón más débil”.



2.2. Liderazgos tóxicos

La función de todo entrenador debería ser la de ejercer un liderazgo capaz de crear y desarrollar una atmósfera, un clima, un entorno de desarrollo en el que cada uno de los integrantes del equipo tenga el máximo de oportunidades de alcanzar el éxito.

Desafortunadamente esto no es siempre así, y con más asiduidad de la que sería deseable, nos encontramos con **entrenadores que ejercen un liderazgo tóxico** radicalmente orientado a resultados con el que generan mal ambiente y entornos nada saludables para el grupo. Este tipo de entrenador se caracteriza por los siguientes aspectos:

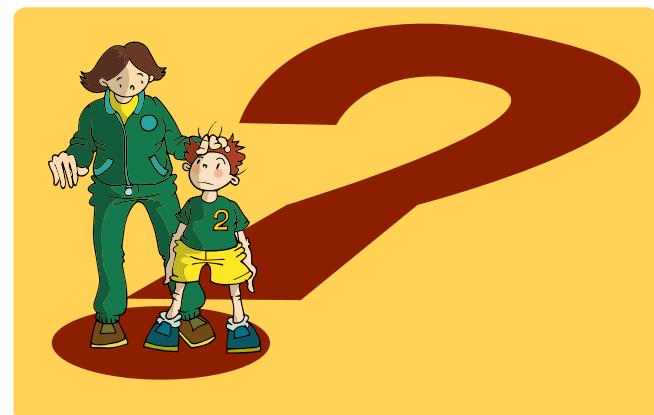
- Ordena y manda como forma de relación con los deportistas. No hay retroalimentación entre el deportista y el entrenador. El entrenador está siempre por encima de sus deportistas y por eso el conocimiento es siempre vertical (de arriba abajo solamente).
- Solo les importa ganar.
- Se considera dueño exclusivo del conocimiento, por eso es el único que toma decisiones, imponiendo su forma de ver las cosas, sin discusión o cuestionamiento de lo que se enseña ni de la forma en que se hace.
- El deportista no entiende lo que está aprendiendo y por ende no sabe para qué hace lo que hace, por eso el deportista no llega a digerir el conocimiento que se le enseña y le será más difícil poder aplicarlo.

- Se maneja con un estilo basado en sanciones, humillaciones, gritos, faltas de respeto, charlas constantes, enfrentamientos, etc. Es el clásico sargento de hierro o mister látigo.

Los liderazgos tóxicos parten de modelos clásicos tradicionales, que surgieron en épocas donde solo se valoraba el respeto basado en el miedo, muy comúnmente usadas en la religión y en instituciones ligadas al ejército y donde interesaba que hubiera poco cuestionamiento.

Por el contrario, nos podemos encontrar con **entrenadores que ejercen un liderazgo** inspirador con clara orientación lúdica y con el que son capaces de crear buen ambiente. Este tipo de entrenador se caracteriza por lo siguiente:

- Siempre asume sus responsabilidades de dirección y liderazgo, pero no por eso deja de compartir la toma de cierto tipo de decisiones en las que todos los miembros del equipo participan.
- Es abierto, dialogante y comunicativo.
- Sabe establecer unas metas y enseña a los deportistas a esforzarse para conseguirlas.
- Entiende, y así lo demuestra en su forma de enfocar el entrenamiento, que en la iniciación deportiva lo importante es que los deportistas jueguen, lo pasen bien y mejoren día a día según su capacidad y su trabajo.
- El aspecto competitivo del deporte no hace que olvide que en la iniciación deportiva es fundamental transmitir y cultivar en sus deportistas valores basados en el respeto al adversario y a sus compañeros, la colaboración y el juego limpio, entre otros.



2.3. Discriminación por razones de género, de capacidad, actitudes xenófobas.

El hecho de que un grupo esté configurado por personas de diferentes procedencias, culturas, géneros o capacidades, es un elemento potenciador de la consistencia del grupo. Un grupo heterogéneo puede abarcar más realidades, es un grupo más rico. La diversidad enriquece.



Es tarea del entrenador promover un entorno en el que se respete la diversidad y se promueva la integración, cortando de raíz cualquier comportamiento discriminatorio que pueda desencadenar conflictos perjudiciales para el equipo.

Para ayudar en este sentido debemos tener en cuenta las motivaciones e intereses intrínsecos de cada miembro del grupo, que pueden diferir de unos miembros a otros, especialmente entre chicos y chicas. Debemos entrevistarnos con cada uno, entender qué esperan del grupo y qué están dispuestos a entregar para alcanzar los objetivos del mismo. Este trabajo con nuestros deportistas de indagación y conocimiento nos permitirá diseñar un escenario en que todo el mundo se sienta partícipe, representado e integrado.

2.4. Contextos familiares que ejercen una influencia negativa en la iniciación deportiva.

La influencia del contexto familiar en el origen de los conflictos deportivos es muy poderosa.

Los entornos familiares que ejercen una influencia positiva tienen una **orientación lúdica** de la iniciación deportiva y se materializan en las siguientes particularidades:

- Las familias en las que el deporte es una práctica habitual, promueven y propician la práctica deportiva en sus hijos. El niño quiere imitar el modelo que ve en casa.
- Los familiares que hayan competido en deporte a un cierto nivel suelen transmitir buena educación deportiva.
- Alejan la necesidad de rendimiento deportivo y la búsqueda del resultado. Lo esencial es desarrollarse de manera integral a través del deporte. Consideran que el ganar y el perder forman parte natural de la práctica deportiva. Ambas cosas son necesarias para una formación más rica.
- No dan instrucciones de carácter técnico a los hijos, ni en entrenamiento ni en competición. Ellos deben equivocarse y acertar, y es el técnico el que guía y dirige esa dinámica.
- Hacén ver que su práctica deportiva les interesa; se preocupan y preguntan. El niño sentirá que progresá y que se le reconoce, independientemente del nivel alcanzado. La referencia es él consigo mismo y no comparándose con el resto.



Por el contrario, los entornos familiares que ejercen una influencia negativa tienen una radical **orientación a resultados** de la iniciación deportiva y se caracterizan por lo siguiente:



- Ejercen una excesiva presión y exigencia competitiva sobre sus hijos.
- Están inmersos en la cultura del éxito y del todo vale. Solo vale ganar, ganar a cualquier precio. Consideran que si ganas tienes más posibilidades de llegar a la élite.
- Comportamientos y actitudes agresivas y violentas.
- Para justificar un rendimiento no deseado culpan a otros (compañeros, árbitros, entrenador, etc.).
- Interferencias con el personal técnico deportivo. No aceptan las decisiones del líder del grupo deportivo.
- Presionan a los técnicos para que sus hijos "jueguen" más.
- Presionan a los técnicos para que sus hijos "jueguen" en el puesto específico deseado.
- Cuestionan decisiones de los técnicos que pudieran influir en el resultado deportivo.
- Exigen a los técnicos "ganar a toda costa", todo por el resultado.

No sé bien cómo decírtelo. Seguramente crees que lo haces por mi bien, pero no puedo evitar sentirme raro, molesto, mal. Me regalaste un balón cuando apenas empezaba a andar. Aún no iba a la escuela y me apuntaste al equipo. Me gusta entrenar durante la semana, bromear con los compañeros y jugar el sábado, como hacen los equipos grandes, pero cuando vas a los partidos... No sé. Ya no es como antes. Ahora no me das una palmadita cuando termina el partido ni me invitas a un refresco. Vas a la grada pensando que todos son enemigos, insultas a los árbitros, a los entrenadores, a los jugadores, a los padres del equipo contrario...

¿Por qué has cambiado? Creo que sufres y no lo entiendo. Me repites que soy el mejor, que los demás no valen nada a mi lado, que quien diga lo contrario se equivoca, que solo vale ganar. Ese entrenador del que dices que es un inepto, es mi amigo. El que me enseña a divertirme jugando y a amar este deporte. El chaval que el otro día salió en mi puesto... ¿te acuerdas? Sí, hombre, aquel a quien estuviste toda la tarde criticando porque no sirve ni para llevarme la bolsa, como tú dices. Ese chico está en mi clase. Cuando lo vi el lunes, me dio vergüenza. No quiero decepcionarte. A veces pienso que no tengo suficiente calidad, que no llegaré a ser profesional del fútbol ni a ganar cientos de millones como tú quieras. Me agobias. Hasta he llegado a pensar en dejarlo, pero me gusta tanto... Por favor, no me obligues a decirte que no vengas a verme jugar.

Carta de un niño a su padre, extraída de <https://masapoyomasdeportemasaragon.wordpress.com/2012/05/02/>

De cara a intervenir en el contexto familiar del deportista, el entrenador puede mantener reuniones con los integrantes del entorno para incorporarles y convertir la iniciación deportiva en un proyecto común con el que las familias sintonicen. De esta forma, la acción conjunta del personal técnico y de las familias permitirá incrementar la potencia del mensaje.

En estas reuniones en las que también pueden estar presentes los deportistas los mensajes a transmitir podrían ser los siguientes:

- Hacerles ver la importancia del respeto a las normas de la propia actividad deportiva (horarios, higiene, material necesario, etc.).
- Hacerles ver la importancia de la deportividad y el juego limpio.
- Hacerles ver la importancia del respeto a los adversarios y a los compañeros, aceptando el papel que desempeña cada uno.
- Hacerles ver que su presencia como familia es importante, pero que esta no debe interferir en el juego.
- Proporcionarles las nociones básicas de una alimentación adecuada y equilibrada (dar pautas).
- Convencerles de que la actividad deportiva no se debe utilizar como moneda de cambio, ni como castigo. El eliminarla de sus vidas no soluciona otros problemas, crea uno nuevo (sedentarismo).
- Comunicarles que la trayectoria escolar será tenida en cuenta y potenciada desde la iniciación deportiva. Debemos incentivar y motivar al joven deportista, para que tenga un adecuado rendimiento en el colegio.
- Transmitirles que en la iniciación deportiva son fundamentales todo tipo de experiencias. Por lo tanto, forma parte del proceso variar de puestos específicos en el campo. Formación multilateral y polivalente.

2.5. El miedo al conflicto como fuente de conflicto

En esta aparente contradicción reside otra fuente de conflictos muy poderosa. Para la elaboración de este apartado nos hemos basado en el artículo “El miedo al conflicto” de Mayte Rius publicado en el periódico La Vanguardia el 16/11/2012.

Este artículo plantea que hay millones de personas que viven las situaciones conflictivas con mucha tensión y prefieren evitarlas, así que siempre que pueden eluden la confrontación con el objetivo de “vivir en paz”, pero ¿lo consiguen?

Según los expertos, a priori, puede parecer que sí porque se ahorran el mal trago pero que, a la larga, su estrategia puede ser tan mala y tan frustrante como la de aquellos que sobrerreaccionan ante cualquier contratiempo, que saltan con agresividad a la primera de cambio, y son especialistas en crear conflictos incluso donde no los hay.

“Los que se sienten mejor no son quienes evitan los conflictos; lo que distingue a los que funcionan bien de los que se sienten mal, frustrados, no es que no tengan conflictos, sino que tienen estrategias para resolverlos”, asegura José Luis Martorell, director del servicio de Psicología Aplicada de la UNED.

Porque eludir los conflictos no significa librarse de ellos. Como explica Martorell, “el conflicto, el problema que lo ocasiona, sigue ahí aunque tú lo niegues, de forma que quienes tratan de evitarlo no ganan tranquilidad porque necesitan mucha energía para negarlo, y eso les provoca tensión y, a la larga, les pasa factura”. José Ignacio Robles, profesor de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, explica que con frecuencia la evitación es una conducta aprendida, porque si la confrontación genera ansiedad, uno la evita para no sentir esa tensión y aprende que eso funciona; pero a medida que pasa el tiempo esa actitud causa problemas porque en la vida hay que ir tomando decisiones, no todo se puede eludir.

Explican los expertos en resolución de conflictos que el deseo de paz no siempre es un deseo de encontrar soluciones y, en aras de la armonía, con frecuencia se pierde justicia, se tolera el mal o no se exige lo que se necesita.

Lo importante, coinciden los expertos, es **afrontar el conflicto con la actitud adecuada en el momento opportuno** (ya que reaccionar de forma inadecuada puede acabar provocando conflictos nuevos) y entenderlo como positivo, como una oportunidad de afrontar una situación que no puede continuar tal cual y que, si la resolvemos, hará que estemos mejor y nos permitirá superarnos a nosotros mismo. De hecho, hay quienes se refieren al conflicto como una forma de transformar las relaciones humanas, una oportunidad de aprender, de construir otro tipo de relaciones, y de satisfacer las necesidades de todos los implicados.

¿Y tú acostumbras a ceder para evitar conflictos o intentas afrontarlos, aunque esto pueda suponer perder el afecto de quienes te rodean o que se dañen las relaciones?

3. APÉNDICE: CATÁLOGO DE DINÁMICAS

La dinámica de grupos es un conjunto de conocimientos teóricos y de herramientas en forma de técnicas grupales que permiten conocer al grupo, descubrir la forma de manejarlo, aumentar su productividad, afianzar las relaciones internas y aumentar la satisfacción de las personas que componen el grupo. En definitiva, son técnicas que pretenden lograr que los integrantes de un grupo adquieran conceptos (gracias a los procesos observados y experimentados en él), conocimientos y en particular, nuevos comportamientos.

La tarea central de la dinámica para grupos es llevar a la superficie los modelos mentales de las personas (imágenes, supuestos e historias que llevan en la mente acerca de sí mismos, los demás, las instituciones y todos los aspectos del mundo) para explorarlos y hablar de ellos sin defensas, para que sean conscientes de cómo influyen en su vida y encuentren maneras de modificarlos mediante la creación de nuevos modelos mentales que les sirvan mejor en su mundo real.

En este catálogo os presentamos, a manera de introducción, algunos ejemplos de dinámicas sencillas, sin ánimo de ser exhaustivos. Podéis encontrar mucha información en internet o en libros específicos sobre este tema. Por ejemplo, en la página <https://www.gerza.com/dinamicas/dinamicas.html> dispones de muchas dinámicas agrupadas en diversas categorías (autodescubrimiento, comunicación, comportamiento de grupos, habilidades directivas, proceso de instrucción) a las que puedes acceder libremente.

3.1. Dinámicas de presentación y conocimiento

El objetivo de este tipo de dinámicas es que todos los componentes del grupo se presenten para todos puedan aprender sus nombres lo más rápido posible, así como conocer sus gustos, experiencias y otros datos que pueden resultar interesantes. En definitiva, estas dinámicas nos ayudan a conocer mejor a nuestros compañeros desde un conocimiento básico hasta un conocimiento más profundo.

3.1.1. Dinámicas de presentación y conocimiento superficial

a) El rap

En círculo los participantes permanecen de pie. El animador les explica que van a cantar un rap, para eso deben llevar un ritmo dando palmas, con las manos golpeando las piernas...

Entonces el animador les enseña la canción que dice: "Este rap que te voy a cantar es para mi nombre recordar, Patri, Patri me llamo Patri" (el nombre del animador). Después de cantar esto, los demás le contestan "Patri, Patri, se llama Patri".

Y así lo van realizando todos los miembros del grupo, siguiendo por la persona situada a la derecha del animador.

b) ¿Cuál es tu limón? ¡Frutero a la vista!

Se coloca al grupo en círculo y el animador en el centro.

La persona situada a la derecha de cada participante será el "limón" y el de la izquierda la "naranja" entonces el animador pregunta a un componente del grupo cualquiera: "Antonio (por ejemplo) ¿cuál es tu limón? o ¿cuál es tu naranja?"

Entonces la persona a la que se le ha preguntado debe responder el nombre del que está a su derecha (limón) o a su izquierda (naranja). La dinámica se puede complicar haciendo que el que está dos puestos a la derecha sea "melón", y dos puestos a la izquierda "sandía". O incluso tres puestos a cada lado, pueden ser "pera" y "manzana".

Si el dinamizador grita "¡Frutero a la vista!", todos los miembros del grupo deben cambiarse de sitio.

c) ¿Te gustan tus vecinos?

Los componentes del grupo se hallan sentados en círculo, excepto el animador que se coloca en el centro y que formula a alguien la siguiente pregunta: "¿Te gustan tus vecinos?" (se trata de los que están colocados a derecha e izquierda). La persona interrogada contesta: "NO".

- El animador prosigue: "¿Cuáles desearías?"
- Contesta: "Juan y Paco", por ejemplo.

En este momento los jugadores citados y los vecinos de la persona interrogada se levantan rápidamente y deben intercambiar sus puestos, pero el animador lo aprovecha para sentarse en un sitio libre.

El que se queda sin asiento vuelve a preguntar a cualquier otro participante del círculo: "Te gustan tus vecinos?". Y se repite todo el proceso varias veces.

d) Pedro llama a Pablo

Se forma un círculo con los participantes, todos ellos sentados. Se designa a un participante que comienza la dinámica diciendo su propio nombre y llamando a otro jugador. Por ejemplo: "Pedro llama a María".

María responde: "María llama a Juan", Juan dice: "Juan llama a Pablo", etc.

Al que no responda rápido a su nombre se le puede pedir que cuente un chiste, baile, cante, etc.

e) La pelota preguntona

El animador entrega una pelota al grupo e invita a los presentes a sentarse en círculo.

Mientras se entona una canción la pelota se va lanzando entre los miembros del grupo. Cuando el animador dice ¡STOP! se detiene el ejercicio.

La persona que ha quedado con la pelota en la mano se presenta al grupo: dice su nombre y lo que le más gusta hacer en los ratos libres.

El ejercicio continúa de la misma manera hasta que se presenta la mayoría. En caso de que una misma persona se quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.

f) Partes del cuerpo

El animador invita a formar dos círculos (uno dentro del otro) con igual número de personas y pide que se miren frente a frente. Es recomendable tener una música animada de fondo.

Inmediatamente el animador da una señal para que rueden los círculos cada uno en sentido contrario, de tal forma que, al detenerse el movimiento mediante alguna señal (parar la música, gritar, etc.), a cada participante le toque una persona enfrente.

En ese momento, se saluden dándose la mano (o un abrazo) y se dicen su nombre, y algo qué les gusta y qué no les gusta. Después vuelven a girar de nuevo.

g) Me llamo... y me gusta

Con el grupo en círculo, la primera persona se presenta diciendo: "Me llamo ... y me gusta"

Se deberá indicar una acción que nos guste hacer (reír, dormir, bailar, cocinar, leer, hacer deporte con gestos del deporte concreto, etc.) a la vez que se simula la acción con gestos.

Después el compañero de la derecha, repetirá el nombre y la acción de la primera persona "él/ella se llama ... y le gusta" Después se presentará del mismo modo.

Cada participante continuará repitiendo todos los nombres acumulados y representando las acciones asociadas desde la primera persona que se presentó.

h) Nombre y animal

Con el grupo en círculo, cada persona debe decir su nombre, pero además deberá de decir el animal con el que más identificado se siente y decir por qué. Incluso podría imitar a ese animal.

El objetivo de estas dinámicas es romper el hielo desde el principio y que los miembros del grupo rápidamente conozcan a sus compañeros, intereses, gustos, potencialidades, fortalezas, debilidades, recursos, para generar confianza y cercanía entre ellos.

3.1.2. Dinámicas de conocimiento profundo

a) La línea de la vida

El animador podrá motivar al grupo diciendo que antes de comunicar a otro lo que soy, debo reflexionar sobre ello y pide a cada integrante que dibuje en una hoja una línea horizontal que atravesese toda la hoja.

Esta línea horizontal que cruza la hoja representa la línea de la vida de cada participante. Ahora, sobre esa línea cada participante marcando los acontecimientos más representativos de su vida desde el nacimiento hasta el momento actual, ilustrándolos con dibujos esquemáticos.

Al finalizar cada participante puede explicar resumidamente al resto del grupo el contenido de la línea de su vida.

b) El escudo

Cada participante dibuja una especie de escudo y coloca en la parte superior un lema que le defina (una frase o una palabra que refleje ese valor).

Luego se divide el resto del escudo en varias partes que representen distintas etapas de la vida dependiendo de la composición del grupo (infancia, adolescencia, juventud, madurez, senectud, etc.), y se coloca en cada parte un dibujo y una frase o palabra que exprese la vivencia en cada una de esas etapas.

Para finalizar se puede realizar una "exposición heráldica" con todos los escudos.

c) La noticia

Cada participante durante 5 minutos debe anotar en la hoja las tres noticias más felices de su vida.

El animador puede dinamizar el ejercicio diciendo: "A diario recibimos noticias, buenas o malas. Algunas de ellas han sido motivo de gran alegría, por eso las recordamos con mayor nitidez. Hoy vamos a recordar esas buenas noticias".

Al finalizar todo el grupo se reúne en círculo y comentan sus noticias. En primer lugar, lo hace el animador, lo sigue su vecino de la derecha y así sucesivamente hasta terminar. En cada intervención, los demás pueden aportar opiniones y hacer preguntas.

d) La gran mentira

Se puede comenzar distribuyendo a los grupos en pequeños grupos de 5 personas o se puede realizar en grupo completo dependiendo del tamaño del mismo.

Cada participante elige tres afirmaciones sobre sí mismo en las que una de ellas debe ser mentira y las anota en una tarjeta. Es conveniente darles tiempo para que las piensen y que sean lo suficientemente adecuadas para que a sus compañeros les resulte difícil elegir cuál es la verdadera.

Entonces, las tarjetas se meten en una bolsa, se van sacando de una en una y se leen. La persona a la que corresponde la tarjeta se identifica y los demás intentan ponerse de acuerdo sobre qué afirmación es mentira argumentando cada uno su postura.

Al finalizar la discusión, la persona dirá qué la afirmación que no es verdad.

e) Biografía

Se divide el grupo en dos partes: unos serán los biógrafos y otros los biografiados. Por sorteo se emparejará un biógrafo con un biografiado.

Los biógrafos deberán entrevistar al biografiado preguntándole aspectos de su vida durante 5 minutos. Después se intercambian los papeles de manera que es el biografiado inicial el que entrevista al que fue biógrafo.

Al finalizar el proceso, cada cual presenta a su compañero al resto del grupo.

f) El abanico

Situados en círculo, todos los participantes con un folio y un bolígrafo.

Cada uno escribirá su nombre en la parte superior de un folio, y se lo pasará al compañero de su derecha. Este, al recibirlo, deberá escribir algo bueno que le apetezca destacar de esa persona. Después doblará el folio de forma que cuando se lo pase a su compañero de la derecha solo pueda leer el nombre del encabezamiento.

Cada folio continúa pasándose a la derecha hasta que todos los participantes hayan podido escribir en todos los folios. En ese momento el folio deberá llegar a su dueño original, formando un abanico donde tendrá escritas un montón de cosas agradables.

g) El epitafio

El animador pedirá a cada participante que escriba en un folio el epitafio que le gustaría que tuviera su tumba.

3.2. Dinámicas de distensión

El objetivo de estas dinámicas objetivo es crear un buen ambiente entre los miembros del grupo, aumentar la participación y la comunicación entre todos y crear un mayor grado de confianza con uno mismo y con los demás.

a) El teléfono escacharrado

Colocamos a los participantes en fila. El animador dirá una frase al oído del primero de la fila y este, a su vez, repetirá la misma frase en el oído del segundo de la fila y así sucesivamente hasta llegar al último de fila que dirá en alto la frase que le ha llegado después de pasar por todos los participantes.

b) Risotada seria

Los participantes forman un círculo. A la señal de comenzar, un jugador previamente escogido dice a su compañero de la derecha: "¡Ha!". Este a su vez dice también a su compañero de la derecha: "¡Ha! ¡Ha!". Y así sucesivamente, cada participante aumenta un "¡Ha!".

En el momento en que dice "¡Ha!", el participante debe de estar serio. Si sonríe, tendrá que realizar alguna prueba graciosa y se vuelve a empezar el juego.

c) El autobús

Se colocan dos bancos paralelos separados entre sí alrededor de 1,20 m (se pueden sustituir por dos hileras de sillas juntas unas frente a otras). Entonces, los participantes toman asiento en los dos bancos frente a frente lo más juntos posible.

Un participante, de pie en el centro, es el revisor y avisa de las paradas (elegir nombre de las paradas del metro o autobús de la propia localidad). Cada vez que el revisor nombra una parada los jugadores se cambian entre sí de sitio.

Si el conductor anuncia cambio de dirección, todos los jugadores tienen que abandonar los bancos (salir del autobús) dar corriendo una vuelta alrededor del mismo, y entrar de nuevo en el banco obligatoriamente por el mismo lado fijado de antemano.

El revisor debe dar el ejemplo y aprovecha del desplazamiento de los jugadores para encontrar un sitio.

El jugador que se queda de pie se convierte a su vez en revisor y la dinámica continúa.

d) El dibujante

Cada participante con una hoja y un bolígrafo. El participante que comienza la dinámica realizará un dibujo que no mostrará al resto.

Entonces tendrá que ir explicando su dibujo al resto para que los compañeros puedan ir reproduciendo el dibujo solo siguiendo esas explicaciones.

Al final se comprobará, si gracias a las explicaciones, el grupo ha entendido lo que su compañero había dibujado.



3.3. Dinámicas de trabajo en equipo

Un verdadero equipo es aquel en el que las piezas no solo suman, sino que multiplican el valor de las demás. Para que esto sea posible, se necesita una estructura perfectamente coordinada y optimizada en la que todos los miembros del grupo se sientan importantes. Para ello, el grupo debe funcionar como un todo integrado con espíritu de equipo donde se favorezca la colaboración y participación activa de todos los que componen el equipo.

A través de las dinámicas de trabajo en equipo podemos acelerar estos procesos.

a) Orden en el banco

Se les pide a todos los participantes que se suban a los bancos y se coloquen en fila. Si no tuviéramos bancos, se podría hacer en el suelo señalizando un espacio estrecho con marcas.

A los participantes se les pide que sin hablar deben de colocarse siguiendo un orden determinado: edades, fecha de nacimiento, altura, etc.

El objetivo debe de ser conseguido entre todos, evitando caerse del banco o salirse del estrecho espacio marcado en el suelo. Posteriormente se comprobará (ya hablando) si han sido capaces colaborando entre todos de colocarse correctamente.

b) Grupos de colores

Se sitúan todos los participantes en círculo y se les pide que cierran los ojos. Entonces el animador le pone a cada participante en la frente una pegatina o un *gomet* de colores.

Los colores deben de estar mezclados de forma que cada participante no esté al lado de otro con su mismo color.

Una vez "marcados" todos los participantes, se les indica que ya pueden abrir los ojos, y que sin hablar deben de tratar de juntarse con aquellos del mismo color. El juego acaba cuando se han formado tantos grupos como colores y todo el mundo está situado. Gana el grupo que antes se junte.

c) El ciego y el lazario

Los integrantes del grupo se colocan en parejas, uno haciendo de "ciego" con los ojos tapados y otro de "lazario". El "lazario" guía primero al ciego por la voz llamándole por su nombre, después siguiendo un sonido y por último de la mano si fuese necesario para acerarle a un lugar previamente establecido donde palpa y reconoce el entorno. Después se cambian los papeles y al acabar se crean parejas nuevas.

d) Periódicos en círculos

Se da a cada participante una hoja de periódico y todo el grupo se coloca en círculo con la hoja extendida delante.

Los participantes tienen que subirse encima de la hoja y sin pisar el suelo colocarse por orden alfabético sin hablar, según la letra de su primer o segundo apellido.

A continuación, deben ordenarse sin hablar por la fecha de su cumpleaños, día y mes. Todos deben acabar encima de una hoja. El juego consiste en que hay que hacerlo lo más rápido posible colaborando entre todos.

e) La cámara de fotos

Colocados por parejas uno hace de "cámara" y el otro de "fotógrafo".

El que hace de "cámara" va con los ojos cerrados. Entonces se lleva la "cámara" a un lugar y se hacen dos fotos. Para ello el fotógrafo da un golpecito en la cabeza para que la "cámara" abra los ojos. Para la primera foto la "cámara" solo podrá abrir y cerrar los ojos, en cambio para la segunda foto podrá mantener los ojos abiertos durante 5 segundos.

La "cámara" tiene que explicar al "fotógrafo" lo que ha visto en cada foto. Luego, se intercambian los papeles.

f) El nudo

Se colocan los participantes todos juntos y cierran los ojos. Sin abrirlos tienen que coger con cada mano la mano de una persona diferente que no esté a su lado. Cuando todos están agarrados abren los ojos y tienen que intentar deshacer el nudo sin soltarse las manos.

g) Las figuras

Los participantes se ponen en círculo con las manos agarradas y los ojos cerrados. El dinamizador les dice diferentes figuras como un cuadrado, un triángulo, una estrella, etc., que tienen que formar sin soltarse las manos y sin abrir los ojos.

h) Los cubos solidarios

En esta dinámica el grupo debe construir un número determinado de cubos a demanda de una empresa de juguetes. Para ello, se debe dividir al grupo en tres subgrupos.

Cada grupo debe realizar 15 cubos de 5x5 cm. de cartulina en un tiempo a establecer. Cada grupo dispone de 2 cartulinas, 1 regla, 2 tijeras y una barra de pegamento.

Grupo 1: 2 cartulinas, 1 regla, 2 lápices, 3 tijeras, 1 pegamento.

Grupo 2: 2 cartulinas, 1 regla, 2 lápices, 2 tijeras y 1 pegamento.

Grupo 3: 2 cartulinas, 2 reglas, 2 lápices, 1 tijera, 1 pegamento

Se valorará la calidad de los cubos. Mediante esta actividad se harán patentes los roles que asumen los distintos miembros de cada uno, veremos cómo trabajan para coordinarse y llevar el trabajo adelante.

i) El círculo de confianza

Se pide a los participantes que se pongan de pie, formando un círculo.

Una persona se coloca en el centro, con los pies juntos y cerrando los ojos (se le puede poner una venda). Entonces, se le pide que se eche hacia atrás. Los compañeros deben colocarse para sujetarle y que no caiga al suelo.

Cuando ya ha perdido el equilibrio, se le pone de pie. De manera que note que su equilibrio depende del grupo. Todos los integrantes del grupo pasan por la actividad.

Cuando hayan acabado abrirá un tiempo de reflexión para que cada uno pueda expresar cómo se ha sentido a lo largo de la actividad y se analice el nivel de confianza entre los miembros del grupo.

Nota: el papel del dinamizador es muy importante, ya que deberá analizar si existen problemas en el grupo o en alguno de los miembros y deberá abordarlos en la discusión, o bien de manera individualizada tras esta.

j) La tela de araña

Todos en círculo, una persona tiene un ovillo de lana sujetándolo por un extremo. Entonces gritando la palabra “¡Equipo!” y lanza el ovillo de lana a otro compañero, sujetando el extremo, de forma que la lana cuelgue entre ambos.

El siguiente repetirá la operación y después de decir “¡Equipo!” volverá a lanzar el ovillo a otra persona distinta, pero sujetando su trozo de lana.

Cuando ya todos hayan recibido la lana, esta formará un entramado similar al de una tela de araña. Para desarrollar la tela de araña se realizará el camino inverso devolviendo el ovillo a la persona que lo pasó y gritando la palabra: “¡Sinergia!”.

k) Los más rápidos

Todos los participantes forman un gran círculo. Antes de comenzar, el dinamizador advierte que cuando pite tres veces deberán formar, por ejemplo, grupos de cinco personas con las manos cogidas. Dos pitidos seis personas. Un pitido, ocho personas, etc. (el número de personas de los grupos dependerá del tamaño completo del grupo).

A la señal de comenzar, todos los participantes empiezan a girar en torno de la sala.

Al sonar el silbato, de acuerdo a lo establecido, se forman los grupos. Todos los que han conseguido integrarse en un grupo obtendrán un punto. Las personas que se queden sin grupo que no obtendrán el punto. El ejercicio se realiza varias veces.

El juego será tanto más interesante cuanto más rápido pite el dinamizador.

4. BIBLIOGRAFÍA

- *Espar, X. (2010). Jugar con el corazón. Barcelona, España: Plataforma Editorial.*
- *Morilla, M. y Revuelta, A. (2011). Apuntes de la asignatura Psicología del Alto Rendimiento. Curso de entrenador nacional de fútbol. Sevilla: Cedifa.*
- *Goldratt, M.E. & Cox, J. (2010). La meta. Madrid, España: Díaz de Santos.*
- *Rius, M. (16/11/2012). El miedo al conflicto. La Vanguardia.*
- <https://www.gerza.com/dinamicas/dinamicas.html>

Para la elaboración de este libro, se han utilizado de manera total o parcial los materiales didácticos cedidos por el Instituto Andaluz del Deporte, centro de enseñanzas deportivas referente en Andalucía y a nivel nacional, en formación y difusión de la actividad física y el deporte.

