



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

*PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA
A UNA DEPORTISTA DE LUCHA OLIMPICA CON DIVERSAS LESIONES
MUSCULOESQUELETICAS*

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:
FRANCISCO XAVIER SANCHEZ MEJIA**

No. De Cuenta 409024395

LIC. E.E.C.F.D. BEATRIZ RUIZ PADILLA

DIRECTORA DEL TRABAJO



Mayo 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Dedicado a mi madre Beatriz Mejía López,
por el cariño y apoyo brindado en todos
los aspectos.*

*A mi padre Juan Manuel Sánchez Briseño,
por animarme a seguir adelante y a ser
mejor persona día a día.*

*A mis hermanos Diana Itzel Sánchez Mejía
y Juan Leonel Sánchez Mejía.*

*A mis colegas y mejores amigos que más
que amigos se han vuelto mis hermanos
y con los cuales compartimos mucho más
que practicas hospitalarias:*

*Alicia Adriana Martínez Reyna
Sandra Elizabeth Contreras Villafuerte
Verónica Itzel Hernández Díaz
Luis Alberto Saravia Hernández
Fernando Alberto Horta Correa
Fernando Emmanuel Ramos Camaño
Cesar Alfonso Luna Carrillo
Christian Salazar Camargo
José Luis Paredes Martínez*

A mis amigos y de igual forma colegas que con su amistad sincera y desinteresada me han apoyado:

Martha Patricia López Martínez

Itzel Danae García Cruz

Brianda Adaluz Bazán García

Marisol Jaramillo Bernal

Flor Martínez Martínez

Diana Jazmín Mercado Huitron

Alfonso Velázquez Ramírez

Martin Hernández Contreras

Luis Fernando Martínez Morales

Adrián Galicia López

Luis Antonio Vega Robles

Octavio Axel Porraz Pulido

A todas esas personas que no nombré pero que participaron y me enseñaron algo positivo para mi desarrollo personal y profesional.

Índice

| | |
|--|----------|
| 1.- INTRODUCCION..... | 1 |
| 2.- OBJETIVOS..... | 2 |
| 2.1 General..... | 2 |
| 2.2 Específicos..... | 2 |
| 3.- FUNDAMENTACION..... | 3 |
| 3.1 Antecedentes..... | 3 |
| 4.- MARCO TEORICO..... | 4 |
| 4.1 Marco teórico conceptual..... | 4 |
| 4.1.1 Conceptualización de enfermería..... | 4 |
| 4.1.2 Perfil profesional de enfermería..... | 6 |
| 4.1.3 Concepto de cuidado..... | 7 |
| 4.1.4 Paradigmas..... | 8 |
| 4.1.5 Teoría de enfermería..... | 9 |
| 4.1.6 Proceso de enfermería..... | 14 |
| 4.2 Marco teórico de referencia..... | 17 |
| 4.2.1Características de la lucha..... | 17 |
| 4.2.2 Lesiones frecuentes en lucha..... | 23 |
| 4.2.3 Características fisiológicas de lucha y etiología de las lesiones..... | 24 |
| 4.2.4 Síndrome por abuso de lucha..... | 25 |
| 4.2.5 Lesiones deportivas..... | 28 |
| 4.2.6 Lesiones deportivas agudas más frecuentes..... | 29 |
| 4.2.7 Atención inmediata en el campo..... | 33 |
| 4.2.8 Causas más comunes de lesiones..... | 34 |
| 4.2.9 Como evitar lesiones..... | 34 |
| 4.2.10 Estadísticas de práctica deportiva y ejercicio físico..... | 36 |
| 4.2.11 Técnicas de relajación..... | 38 |
| 4.2.12 La musicoterapia..... | 38 |

| | |
|---|-----------|
| 5.- METODOLOGIA..... | 44 |
| 6.- PRESENTACION DEL CASO..... | 45 |
| 6.1 Descripción genérica de la persona..... | 45 |
| 6.2 Antecedentes generales de la persona..... | 45 |
| 7.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA..... | 46 |
| 7.1 Valoración por requisitos..... | 46 |
| 7.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete..... | 48 |
| 7.3 Jerarquización de los problemas..... | 49 |
| 7.4 Diagnósticos de enfermería..... | 50 |
| 7.5 Planeación de los cuidados..... | 51 |
| 7.6 Ejecución: Registro de las intervenciones..... | 56 |
| 8.- PLAN DE ALTA..... | 57 |
| CONCLUSIONES..... | 58 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 59 |
| ANEXOS..... | 61 |
| - No. 1 Instrumento de valoración | |
| - No. 2 Consideraciones éticas | |

1.- INTRODUCCION

Tradicionalmente el Proceso Atención de Enfermería ha sido aplicado en ámbitos hospitalarios, por lo que ponerlo en práctica en otro ambiente distinto resulta interesante y atractivo pues no solo laborar en el hospital es el campo de trabajo para el licenciado en enfermería y obstetricia sino que existen otras áreas en las que se puede aplicar los conocimientos profesionales adquiridos.

Una de estas áreas es en el deporte, el trabajar con deportistas, personas que aparentemente se encuentran sanas y en la cual es muy importante ya que requieren de una atención inmediata en el campo deportivo así como la prevención a la salud y el seguimiento de su rehabilitación en el caso de alguna lesión.

El presente documento constituye un ejercicio académico relacionado con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería a una deportista de lucha olímpica que ha presentado múltiples lesiones a lo largo de su vida deportiva, mismas que son propias de la actividad que ella realiza.

Los elementos que se integran son los relacionados con los conceptos teóricos del proceso enfermero desde la teórica Dorothea Orem y consecuentemente en la valoración de enfermería según los requisitos universales de la teórica en cuestión. Se incluye un apartado relacionado con la teoría del proceso enfermero enfatizando en la construcción de los diagnósticos de enfermería.

En el apartado de presentación del caso, se expresan los resultados obtenidos mediante la valoración de cada uno de los requisitos universales de acuerdo a la teoría de autocuidado, como base para la construcción de los diagnósticos.

2.- OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Valorar el estado de salud en base a la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem a una persona que practica lucha olímpica, para mejorar su estado de salud y rendimiento físico y brindarle herramientas para el desarrollo de las habilidades y actitudes que la lleven a la autosuficiencia del cuidado a su salud con énfasis en la prevención de lesiones musculoesqueléticas.

2.2 Objetivos específicos

- Valorar el déficit de autocuidado para identificar las barreras que impiden el cuidar de sí mismos.
- Jerarquizar los requisitos alterados y realizar los diagnósticos reales, riesgo, de bienestar y potencial para planear las intervenciones de acuerdo a prioridades.
- Realizar las intervenciones y evaluar el impacto de las mismas, en base a la prevención de lesiones y mejora del estado de salud.

3.- FUNDAMENTACION

3.1 Antecedentes

No se encontró bibliografía referente a la prevención de lesiones en la práctica de lucha olímpica. Sin embargo, existen algunos estudios que reportan la frecuencia de lesiones en otros deportes, por ejemplo:

- Futbol soccer

En un estudio realizado a futbolistas del club UNAM A.C.

Los esguinces de tobillo ocupan uno de los primeros lugares de frecuencia en las lesiones del deporte. El Club Universidad Nacional Autónoma de México (pumas) reporta un 18.8% de entre todas sus lesiones. El 80% de los esguinces ocurren por inversión, siendo el ligamento talofibular anterior el que más se lesiona, seguido del calcáneo fibular y talofibular posterior. La razón por la que los ligamentos laterales son los más afectados es porque el maléolo lateral, que es más largo, obstruye la eversión, mientras que el maléolo medial, que es más corto, permite mayor inversión.

Además existe una tendencia natural a la inversión y el ligamento deltoideo tiene mayor fuerza que el complejo lateral y es más difícil de romper. Los esguinces por eversión son menos frecuentes pero producen mayor tiempo de incapacidad. En el club Universidad Nacional AC, de 18.8% de esguinces de tobillo el 65.60% fueron de primer grado mientras que el 34.40% fueron de segundo grado con un rango de días de recuperación, en el grado 1 de 4-19 días, mientras que en el grado 2 de 7-39 días.¹

- Baloncesto

El baloncesto es un deporte de equipo en el que, a pesar de definirse como deporte de no contacto, existe un contacto constante entre competidores, e incluso entre compañeros del mismo equipo. Se trata de un deporte en el que, como es bien conocido, se producen situaciones muy variadas: repetición de gestos, aceleraciones y desaceleraciones bruscas, desplazamientos laterales, saltos, etcétera. Además las características antropométricas del jugador de baloncesto son muy peculiares, predominando grandes estaturas y elevados pesos.

¹ RODRÍGUEZ G. María Cristina, Soledad Echegoyen Monroy, Lesiones en el futbol, Ed Dirección general de publicaciones y fomento editorial; México, D.F., p. 85-96

Por estas circunstancias el baloncesto es un deporte en el que se dan gran variedad de lesiones tanto agudas como las provocadas por la repetición de los gestos, es decir lesiones por sobrecarga. En ocasiones existe un mecanismo lesional múltiple.²

Respecto al tipo de lesiones más frecuentemente padecidas en el baloncesto, los estudios coinciden en señalar como la lesión más frecuente del baloncesto el esguince de tobillo.

| LESIÓN | INCIDENCIA (%) |
|--|-------------------------|
| Esguince de tobillo | 13.2-25.0 |
| Tendinitis rotuliana/Condropatía rotuliana | 3.9-10.87 |
| Lumbalgia | 6.1-7.45 |
| Esguince de rodilla | 3.6-4.61 |
| Esguince/luxación de dedos de la mano | 2.7-17.09 |
| Tendinitis aquilea | 3.2-2.84 |
| Fascitis plantar | 1.6-2.84 |
| Hernia/protusión discal lumbar | 1-2.83 |
| Rotura meniscal | 1-2.13 |
| | Referencia ³ |

La situación de los ligamentos, los tendones, la cápsula articular y músculos también afecta a la flexibilidad. Esta guarda relación con la edad, el género y el nivel de actividad. El mantenimiento de una buena flexibilidad permite que el atleta compita de forma confortable y con un mínimo de riesgos de lesión.⁴

² Pedro M.M., Luis T.T. Epidemiología de las lesiones en el baloncesto. Archivos de Medicina del Deporte [Internet]. 1988 [acceso 24 de Abril de 2014]; 15 (68): [479-483]. Disponible en: http://femedede.es/documentos/Epidemiologia_lesiones_baloncesto_479_68.PDF

³ ALBANELL, M., DÍAZ, E., TRAMULLAS, A.: Protocolo lesional. Temporada 93/94. Liga A.C.B. Asociación Española de Médicos de Baloncesto. Barcelona. 1994.

⁴ GARNES, Ros, Alicia, et al. "Lesiones musculares de lucha y su relación con las técnicas de lucha". Lecturas: educación física y deportes, 2005, N 80., ISSN-e 1514-3465.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 Marco teórico conceptual

4.1.1 Conceptualización de enfermería

Hablar de enfermería hoy es hablar de ciencia, disciplina, vocación, humanismo, excelencia y cuidado dirigido a la vida, salud y la enfermedad de la persona y la sociedad, porque esta disciplina trasciende a partir de cuidar más allá de la parte física del ser humano y participa de manera positiva en el desarrollo de estilos de vida, al educar para el autocuidado de la salud, y llega a intervenir en el fomento de una mejor calidad de vida de la persona y la población.

Esta disciplina parte de la investigación científica ya que es un conjunto de acciones planificadas que permiten resolver total, o de manera parcial, un problema científico determinado; rechazar los supuestos de una teoría ya existente, crear y validar nuevas teorías; por tanto, cabría entonces decir que la enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo XX que posee un cuerpo teórico conceptual propio, mismo que sustenta sus principios y objetivos, ya que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica y posee, además, un método científico propio de actuación –el proceso de atención de enfermería (PAE)- que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud y la vida de las personas.

Así pues, la enfermería es atendida como arte y ciencia. Es arte porque emana de los valores, sentimientos, actitudes con sensibilidad y creatividad para ofrecer cuidados, cuando la persona lo solicita o no puede valerse por sí misma.

El arte de enfermería es el más imaginativo y creativo sentimiento del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello, el profesional de enfermería debe de integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana.

La enfermería se define también como ciencia, porque parte de la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales. En este sentido, puede definirse como la doctrina del conocimiento, ya que los primeros trabajos sobre la filosofía de la disciplina se refieren al análisis, el razonamiento y los argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos que rodean la acción de cuidar.

La enfermería tiene a su cuidado la vida, salud y enfermedad, por ello, debe de ampliarse su concepción de la vida en una dualidad con la muerte, ya que es en estos hechos, donde el cuidado de enfermería debe volcarse no solo para el

enfermo, sino también para el sano, donde la medida está en la calidad, estilo, condiciones y potenciales de vida; elementos que desde el punto de vista filosófico se unen a la ciencia para respetar la vida como parámetro para medir la vida misma.

También se puede plantear que es una ciencia que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teorico-filosofico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentados por investigaciones que regulan la práctica profesional.⁵

4.1.2 Perfil profesional de enfermería

En este apartado es importante, además de incorporar la conceptualización de enfermería, revisar la connotación que tienen los términos: perfil, profesión, profesionalismo y profesionalidad.

Cuando se habla de perfil, se tiene la idea de trazo fino, rasgos característicos. Aspecto peculiar o llamativo con que una cosa se presenta ante la vista o la mente.

Profesión significa vocación que requiere un conocimiento especializado y una preparación académica intensiva. La lista más conocida de características de una profesión es la propuesta por Abraham Flexner, quien expresó que pueden ser llamadas profesiones.

- Las que implican operaciones esencialmente intelectuales que van acompañada de una amplia responsabilidad individual.
- Las que se aprenden en la naturaleza viva y exigen que sus miembros recurran constantemente al laboratorio o seminarios para enriquecer sus conocimientos.
- Las que no son solamente académicas y teóricas, sino definitivamente práctica en sus fines.
- Las que están organizadas por sí mismas con actividades, deberes y responsabilidades que obligan totalmente a sus participantes y desarrollan conciencia de grupo.
- Las que poseen una técnica capaz de comunicarse a través de una disciplina educacional altamente especializada.

⁵ TÉLLEZ S. García M. Modelos de cuidados en enfermería nanda, nic y noc. Ed. México: Mc Graw Hill; 2012: p. 1-7

- Las que son probablemente más responsables ante el interés público, que los individuos no organizados y aislados, y que tienden a estar cada vez más preocupadas de la obtención final de un fin social.

Si examinamos estas características, se puede observar que el profesional, no sólo posee cierto tipo de preparación para desempeñar el trabajo, sino también, una elevada actitud con respecto a él que le permita actuar con responsabilidad, autonomía, conciencia de grupo, colaboración con los miembros de las distintas profesiones; motivación, compromiso, participación, etc., cualidades que le facilitan actuar con profesionalidad y profesionalismo.

¿Qué significa profesionalidad?

La profesionalidad destaca que la principal preocupación del profesional debe consistir en la conducta o cualidades que aporta a la profesión.

¿Cuándo se actúa con profesionalismo?

Cuando desplazamos el foco de atención a los demás, para establecer una relación de reciprocidad y con disponibilidad al cambio. Destaca el carácter interactivo de la profesión.

Podemos decir que el perfil profesional de enfermería proporciona a grandes rasgos las características principales que sirvan de marcos teóricos para entender el alcance de la práctica de enfermería y seleccionar las intervenciones que más sirvan para ayudar al individuo, familia y comunidad a mantener o mejorar su estado de salud.⁶

4.1.3 Concepto de cuidado

En los últimos años del siglo XX, la profesión de enfermería se ha dedicado a la búsqueda de conceptos disciplinarios que le den mayor sustento como el cuidado.

Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige volverlos a situar dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la vida o, más exactamente, el contexto del proceso de la vida y de la muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan.

En su origen, se considera la actividad de enfermería “el cuidar” como el precedente de la profesión. De hecho, la propia palabra *cuidar* tiene origen latino: *cogitare*, que significa: “Pensar discurrir para algo”. Entre las múltiples acepciones

⁶ [Internet] <http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.mx/2013/01/enfermeria-perfil-profesional.html>. [Acceso 1 de Marzo de 2014]

que el diccionario da a esta palabra se encuentra una asociada con la enfermería, que es "asistir a un enfermo".⁷

Cuidar es, ante todo, un acto de vida, que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida. Es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere de ayuda para asumir sus necesidades vitales.⁸

4.1.4 Paradigmas

Un paradigma es la forma particular de ver el mundo que nos rodea.⁹

Metaparadigma de enfermería

Un metaparadigma es un concepto que es muy general, que sirve para definir todo un mundo de pensamientos. "Meta" significa "lo que falta", en griego, y se refiere a "lo que está por detrás", que sirve de base conceptual. Un trabajo de gran influencia citado por Slevin (1984) es el análisis y evaluación de modelos conceptuales de enfermería desarrollado por Jacqueline Fawcett donde describe los cuatro metaparadigmas básicos de enfermería que sirven de apoyo a todo el universo conceptual de la profesión de enfermería.

- Persona

El paradigma se refiere a la persona enferma no como "paciente" sino como "sujeto", una persona en el completo sentido de la palabra. Esto incluye familias y grupos sociales que pueden definir a la persona como tal. Esta persona es única y autónoma, y debería ser tratada como tal. Una persona real no es un mero objeto de un cuidado profesional y supervivencia.

- Salud

Al igual que todos los conceptos meta, la salud es inmensamente general. No se ocupa de la salud de una manera estrictamente clínica. Se refiere a las enfermeras como profesionales de la medicina (y no como meros adjuntos a los médicos). Al mismo tiempo, define la "salud" en términos abstractos, en que la salud es "negociada" y "contextual", en palabras de Slevin. La salud no es un

⁷ FERNÁNDEZ, Carmen, Novel, "El Proceso Atención de Enfermería, estudio de casos". Ediciones Científicas y Técnicas. 1993. Barcelona, España. 1993, p. 4 y 5

⁸ COLLIERE, Marie, "Promover la vida" 1993, p. 233 y 234.

⁹ KEROVAC Suzanne. Et. Al. "Grandes corrientes del pensamiento", Teorías y modelos de enfermería. Ed Masson, Barcelona, España, 1996, p. 147-149

concepto absoluto, sino que existe en el contexto de los problemas de salud de la persona.

Una persona que sufre de cáncer considera un buen día y saludable aquél en el que no mueren o sufren inmensamente. Pero esto no es una definición de "salud" para el individuo perfectamente sano.

- Entorno

Este metaparadigma sirve para explicar el contexto completo del cuidado de la salud y específicamente de enfermería. Es poco menos que la totalidad de las cosas que impactan en la recuperación del paciente. La vida en casa, el estado mental, adicciones, dolor físico, posibilidades de recaída, un trabajo gratificante y una serie de otras variables que vienen a definir el contexto de la recuperación. Todo esto impacta claramente en la recuperación, o incluso el deseo del paciente para la recuperación. Esto también incluye las dimensiones sociales y culturales, como las creencias religiosas y las actitudes generales hacia la muerte y el sufrimiento.

- Enfermería

La enfermería en sí misma es una meta-teoría que busca ayudar a contextualizar los cuidados. Mientras que puede sonar extraño, Slevin traduce "enfermería" en "cuidado". En general, se refiere a cualquier tratamiento médico "práctico" de un enfermero a un paciente. Es el paradigma de la compasión, la razón por la que los enfermeros se convierten en enfermeros: para ayudar a sufrir de forma más fácil. Es un paradigma intensamente ético y emocional que va a la raíz de la enfermería como una profesión con su propio sistema de recompensas.¹⁰

4.1.5 Teoría de enfermería

Dorothea E. Orem

La teoría de enfermería de déficit de autocuidado.

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras más destacadas en América, nació en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor a quien le gustaba pescar y su madre era un ama de casa a quien le gustaba leer. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D.C. donde recibió un diploma de enfermería

¹⁰[Internet]http://www.ehowenespanol.com/cuatro-conceptos-basicos-metaparadigma-enfermeria-lista_150481/#pg=5
[Acceso 1 de Marzo de 2014]

a principios de la década de los treinta. Orem recibió posteriormente un B.S.N.E de la Catholic University of América.

Orem formulo su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y administración de los hospitales, estudio que ella llevo a cabo en Indiana State Department of Health, este trabajo permitió formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años.

Las interpretaciones de Orem de la ciencia enfermera como ciencia práctica son básicas para entender como se recoge e interpreta la evidencia empírica. Las ciencias prácticas incluyen las especulativamente prácticas, en la edición más reciente Orem identifico dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: la ciencia de la práctica enfermeras y las ciencias que sirven de fundamento.

La ciencia de las prácticas de enfermería incluyen las ciencias de enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o desarrollo de enfermería. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamentos incluyen las ciencias del autocuidado, agencias de autocuidado y la asistencia humana.

Además propone el desarrollo de la ciencia enfermera aplicada y de las ciencias básicas no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica de enfermera.

Orem se expresó mediante tres teorías:

- 1) Teoría de sistemas enfermeros: Es la teoría unificadora e incluye todos los elementos esenciales.
- 2) Teoría de déficit de autocuidado: Desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería.
- 3) Teoría de autocuidado: Sirve de fundamento para las demás y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo.¹¹

La teoría de enfermería del autocuidado. Una teoría general

Las explicaciones descriptivas validas generales de la enfermería empiezan con la conceptualización de las enfermeras y la expresión de sus reflexiones sobre las características dominantes de las situaciones de la práctica de la enfermería conocidas mediante la experiencia y la investigación. Cuando las reflexiones se formulan como conceptos y se expresan verbalmente o por escrito, constituyen representaciones estáticas de las relaciones y características situacionales. Las

¹¹ [Internet] <http://teoriasalud.blogspot.mx/p/dorothea-e-orem.html> [Acceso 1 de Marzo de 2014]

características dominantes identificadas en las situaciones estudiadas de la práctica de la enfermería proporcionan las bases concretas para las reflexiones que conducen a la formulación de posiciones teóricas sobre la enfermería.

La enfermería tiene una forma, así como unas características situacionales con las que la enfermera se enfrenta como profesional. La forma de la enfermería se expresa en parte por sus características de ayuda y cuidado de los demás que comportan su forma interpersonal. Otros aspectos de la forma de la enfermería surgen del hecho de que las enfermeras afrontan situaciones vitales en las que se buscan resultados, es decir, en las que van a aparecer condiciones nuevas, no existentes actualmente, mediante acciones intencionadas de las enfermeras y de sus pacientes, orientadas al logro de objetivos. Las posiciones teóricas sobre la enfermería incluyen tanto la forma como las características situacionales.¹²

La teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado

El concepto teórico de sistema de enfermería carece de significado en ausencia de los conceptos incluidos de déficit de autocuidado y autocuidado. Se entendió que estos tres conceptos, tomados juntos, eran partes del concepto general de enfermería. Para formalizar aún más los conceptos y las relaciones entre ellos, los esfuerzos se dirigieron a expresar una teoría general de enfermería integrada por la teoría de autocuidado, la teoría de déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería. La unión de las tres teorías constituye una teoría general de enfermería, denominada teoría de enfermería del déficit de autocuidado.¹³

Principales supuestos

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de los años setenta; identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

- 1) Los seres humanos requieren aportaciones continuas y deliberadas, en sí mismos y en su entorno, para permanecer vivos y funcionar de acuerdo con las cualidades de la naturaleza humana.
- 2) La agencia humana, la facultad de actuar deliberadamente se ejercita en forma de cuidado a uno mismo y a otros para la identificación y producción de las aportaciones necesarias.
- 3) Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción en su propio cuidado y en el de otros, incluyendo la producción de las aportaciones para el mantenimiento de la vida y regulación de las funciones.

¹² OREM, Dorothea E. Modelo de Orem. 4º ed. Barcelona: Manson – Salvat enfermería; 1993. p. 63

¹³ Ibidem. p. 73 y 74

- 4) La agencia humana se ejercita en el descubrimiento, desarrollo y transmisión a otros de formas y medios para identificar las necesidades de aportaciones y producir las que sean necesarias para sí mismo y para otros.
- 5) Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para proporcionar cuidados a miembros del grupo que experimentan carencias para producir las aportaciones deliberadas requeridas para sí mismos y para otros.¹⁴

La teoría general de enfermería se denomina *teoría de enfermería del autocuidado* porque es descriptivamente explicativa de la *relación* entre las capacidades de acción de los individuos y sus demandas de autocuidado, o las demandas de cuidado de los niños o adultos que de ellos dependen. Así, *déficit* significa la relación entre las acciones que los individuos deberían llevar a cabo (la acción demandada) y las capacidades de acción de los individuos para el autocuidado o el cuidado dependiente. *Déficit*, en este contexto, debería interpretarse como una relación, no como un trastorno humano. Los déficit de autocuidado pueden asociarse, sin embargo, con la presencia de trastornos humanos funcionales o estructurales.

La teoría de enfermería del déficit de autocuidado supone que la enfermería es una respuesta de los grupos humanos a un tipo recurrente de incapacidad para la acción a la que están sujetos los seres humanos, a saber, la incapacidad de cuidar de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, cuando la acción está limitada debido al estado de salud o a las necesidades de cuidados de salud de la persona receptora de los mismos. Desde el punto de vista de la enfermería, los seres humanos se contemplan como necesitados de un continuo automantenimiento y autorregulación a través de un tipo de acción denominada *autocuidado*. El término *autocuidado* significa el cuidado que es realizado por uno mismo para sí mismo cuando ha llegado al estado de madurez que le capacita para la acción consistente, controlada y dirigida hacia un objetivo. Los neonatos, los lactantes, los niños, los severamente incapacitados y los enfermos no pueden satisfacer alguno o ninguno de sus propios requerimientos para el mantenimiento y regulación de su funcionamiento.

La teoría postula dos *variables del paciente*: la agencia de autocuidado y la demandad de autocuidado terapéutico; y una *variable de la enfermera*: la agencia de enfermería. En las conceptualizaciones de la teoría del déficit de autocuidado, las variables del paciente se contemplan relacionadas entre sí; y, dentro de la

¹⁴ Ibidem. p.74

teoría del sistema de enfermería, la agencia de enfermería se contempla en relación con las dos variables del paciente.

Las personas con déficit de autocuidado relacionados con la salud son designadas como pacientes legítimos. Las enfermeras contemplan su propia legitimidad en términos de sus capacidades para proporcionar el tipo y cantidad de enfermería requerida por las personas bajo sus cuidados.¹⁵

Requisitos universales

Se sugieren ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

- 1) El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- 2) El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
- 3) El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
- 4) La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- 5) El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- 6) El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- 7) La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
- 8) La promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal. *Normalidad* se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y lo que está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y los talentos de los individuos.

Estos ocho requisitos representan las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humanos, que a su vez apoyan el desarrollo y maduración humanos. Cuando se proporciona de manera efectiva, el autocuidado o el cuidado dependiente organizado alrededor de los requisitos de autocuidado universal, refuerza la salud positiva y el bienestar.¹⁶

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los “factores

¹⁵ Ibidem. p. 81 y 82

¹⁶ Ibidem. p. 141

condicionantes básicos” que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.¹⁷

4.1.6 Proceso de enfermería

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”¹⁸, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.

Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

¹⁷ [Internet] <http://necesidadeshumanasdelautocuidado.blogspot.mx/2012/08/autocuidado.html>. [Acceso 1 de Marzo de 2014]

¹⁸ IYER Patricia, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw - Hill. 1997. p.11.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.

Etapas del proceso de enfermería

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.¹⁹

- Valoración

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera-sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.²⁰

- Diagnóstico

Es el proceso de analizar los datos, agrupar la información relacionada, extraer conclusiones o identificar los problemas de salud reales y potenciales, las causas

¹⁹ **JIMÉNEZ** de Esquenazi, y E. Gutiérrez De Reales. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Orion editores Ltda. Bogotá. 1997.p.17

²⁰ Nadia Carolina Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010 Septiembre [acceso 06 de marzo de 2014]; (17): [18-23]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

subyacentes en los problemas de salud que son satisfactorios pero podrían ser mejorados.²¹

Los diagnósticos de enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de enfermería (NIC) y los resultados esperados en enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.²²

Tipos de diagnósticos de enfermería:

Un diagnóstico de enfermería puede ser de tipo real, de riesgo, de bienestar o de síndrome.

Real: Un diagnóstico real describe un juicio clínico que la enfermera ha validado gracias a la presencia de características principales que lo definen.

Riesgo: Un diagnóstico de riesgo describe un juicio clínico sobre la mayor vulnerabilidad de una persona/grupo a presentar un problema que otros en la misma situación o parecida a causa de los factores de riesgo.

Bienestar: Un diagnóstico de bienestar es un juicio clínico acerca de una persona, familia o grupo en transición desde un nivel de bienestar específico a uno superior.

Síndrome: Un diagnóstico sindrómico comprende un conjunto de diagnósticos enfermeros reales o de riesgo cuya presencia se pronostica debido a una determinada situación o acontecimiento.

Un diagnóstico enfermero posible no es un tipo de diagnóstico como los reales, de riesgo y de sindrómicos. Los diagnósticos posibles son una opción de quien establece el diagnóstico para indicar que hay algunos datos que confirmarían el diagnóstico pero que por ahora son insuficientes.²³

²¹ IYER, Patricia; Proceso y diagnóstico de enfermería; Ed. Interamericana, ed 2°. p.13

²² OP.cit Nadia Carolina Reina G.

²³ CARPENITO, Lynda Juall. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 14° ed. Madrid: Wolters Kluwer Health; 2013. p.21

- Planeación

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

- Ejecución

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de enfermería.

- Evaluación

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de enfermería.²⁴

4.2.- Marco teórico de referencia

4.2.1 Características de la Lucha

Los primeros rastros reales del desarrollo de la lucha se remontan a los tiempos de los sumerios, hace 5000 años. La epopeya de Gilgamesh escrita en cuneiforme, las esculturas y los bajos relieves, son numerosas fuentes que revelan las primeras competencias arbitradas, acompañadas por música.

También hay muchos rastros históricos y arqueológicos de la lucha en el antiguo Egipto. Entre ellos, cabe mencionar, en particular, los dibujos descubiertos en las tumbas de Beni-Hassan que representan 400 parejas de luchadores. Estos dibujos, así como muchos otros vestigios, son testigos de la existencia de corporaciones de luchadores en el Antiguo Egipto, reglas de lucha y códigos de arbitraje.

²⁴ OP.cit Nadia Carolina Reina G.

Para los griegos, la lucha era una ciencia y un arte divino, y representaba la más importante formación para los jóvenes. Los atletas luchaban desnudos, con sus cuerpos cubiertos de aceite de oliva y una capa de arena muy fina para proteger la piel del sol o del frío durante el invierno. Después de la lucha, se quitaban esta capa de arena con un instrumento llamado strigil y se lavaban ellos mismos con agua limpia. Los combates eran similares a los de la lucha libre, como se muestra en los dibujos e inscripciones de la época. El competidor que primero tirará a su oponente o el primero en dominarlo - ya fuera la espalda, las caderas, el pecho, las rodillas o los codos, se proclamaba vencedor.

Durante los Juegos Olímpicos de la antigüedad, desde el 708 a.C., la lucha libre era la disciplina decisiva del Pentatlón. De hecho, era la última disciplina que se celebrará -después del disco, la jabalina, el salto largo y la carrera- y designaba al ganador del Pentatlón, quien era el único atleta coronado de los Juegos.²⁵

- El tapiz

La lucha se disputa sobre un tapiz cuadrado de 12x12 metros dividido en dos zonas. La superficie de combate es un círculo de 9 m de diámetro dividido a su vez en dos zonas, la zona central de lucha, de color amarillo, que es un círculo de 7 m de diámetro; y la zona de pasividad, corona exterior a la zona central de 1 m de anchura y color rojo; la superficie de protección es el área comprendida entre la superficie de combate y el límite del tapiz, esta es de color azul.(si uno de los luchadores llegase a tocar con el pie la zona de protección se le da un punto a su contrincante por haberlo sacado del círculo).

- Vestimenta

Los deportistas visten una malla (del francés, "maillot") de una sola pieza de color rojo o azul, según le corresponda, por lo cual esos son los colores oficiales de las "butargas" o "mallas" de vestimenta de combate en lucha. En la actualidad la lucha colegial se le domina de cualquier color ya sea que el luchador elija un color de "butarga" o "malla" neutro. Ya que esto está predeterminado en una nómina que se entrega al inicio de cada competencia en la cual dice el nombre del luchador, el contrincante y también el color de malla que debe usar y además zapatillas que parecen botas que rodean los tobillos pero sin tacón ni objetos metálicos que puedan dañar al contrario y cubriendo los cordones para no enredarse. También muchos utilizan el calzado deportivo de suela plana para luchar en lo que en algunas circunstancias es permitido con poca frecuencia.

- Categorías de peso y edad

Las siete categorías de peso para los séniors (+18) son: 50-55 kg; 60 kg; 66 kg; 74 kg; 84 kg; 96 kg; 96-120 kg.

²⁵ FILA, FederationInternationale des LutesAssociées, "Raíces e Historia de la Lucha olímpica" www.fila-wrestling.com, 2010.

Las ocho categorías de peso para los juveniles (17, 18, 19, 20) son: 46-50 kg; 55 kg; 60 kg; 66 kg; 74 kg; 84 kg; 96 kg; 96-120 kg.

Las diez categorías de peso para los cadetes (15, 16, 17) son: 39-42 kg; 46 kg; 50 kg; 54 kg; 58 kg; 63 kg; 69 kg; 76 kg; 85 kg; 85-100 kg.

Las diez categorías de peso para los escolares (13, 14, 15) son: 29-32 kg; 35 kg; 38 kg; 42 kg; 47 kg; 53 kg; 59 kg; 66 kg; 73 kg; 73-85 kg.

- Cuerpo arbitral

En cada combate, el cuerpo arbitral está compuesto por 6 jueces o árbitros. El árbitro dirige y puntúa el combate desde el interior del tapiz, dirigiéndose directamente a los luchadores. El juez, desde el exterior y sentado en una silla, observa la acción y puntúa las acciones independientemente del árbitro. El juez de mesa, (desde la mesa principal), coordina las decisiones junto con 2 personas con respecto a la puntuación y el último juez va marcando los puntos y cuánto tiempo queda para que termine el combate.

- El combate. Tipos de victorias

Cada combate está dividido en 3 periodos independientes de 2 minutos cada uno, con un descanso entre ellos de 30 segundos.

Existen principalmente dos formas de ganar un combate:

1- Por tocado: cuando un luchador mantiene controlado con los dos omoplatos sobre el tapiz a su adversario, el tiempo suficiente para que el cuerpo arbitral lo constate. No importa el marcador.

2- Ganando dos de los tres periodos. Si un luchador gana los dos primeros periodos, el tercero no se disputa.

Existen varias formas de ganar un periodo:

- Por superioridad técnica (3 casos): diferencia de 6 puntos, dos técnicas de 3 puntos, o una técnica de 5 puntos. Cuando se ganan los dos periodos por superioridad técnica, se considera que se ha ganado el combate entero por superioridad técnica.

- Por puntos: cuando se termina el tiempo de un periodo. En este caso gana el primero que cumpla por este orden los siguientes requisitos: mayor número de puntos, menor número de amonestaciones, número de técnicas de mayor puntuación (si ha marcado alguna de 3 y en segundo lugar número de técnicas de 2 puntos), último punto marcado. En el caso de empate a cero, se efectuará una prórroga de 30 segundos en la cual un luchador mediante sorteo agarra una

pierna del rival y si no es capaz de anotar, es él el que pierde un punto y por tanto el periodo.

- Puntuación

Las acciones realizadas por los luchadores pueden ser puntuadas por el cuerpo arbitral con 1, 2, 3 o 5 puntos.

1 punto:

-Derribos en que no ponen al rival de espaldas.

-En acciones de suelo controlar por detrás al luchador rival que no está de espaldas.

-Si el rival huye de una técnica o del tapiz, si el rival sale de pie de la superficie de combate (pisa la zona de protección).

-Por mantener 5 segundos en “posición de peligro” (de espaldas, sobrepasando los 90º) al rival.

-Si el rival realiza una acción ilegal que no impide a su oponente realizar una técnica y por lo tanto puntuar.

2 puntos:

-Técnica de suelo que pone al rival en “posición de peligro” o de tocado inmediato.

-Cuando el rival sale de la superficie de combate en “posición de peligro”.

-Si el rival realiza una acción ilegal que impide realizar tu técnica.

-Al luchador que bloquea y pone en “posición de peligro” al rival después de haber sufrido él una proyección.

3 puntos:

-Técnica de pie que pone al rival en “posición de peligro”, incluso si lo ha levantado desde una posición de suelo.

-Técnica de pie de “gran amplitud” (que describe un gran arco en el espacio) que no pone al rival en “posición de peligro”, incluso si lo ha levantado desde una posición de suelo.

5 puntos:

-Técnica de pie de “gran amplitud” (que describe un gran arco en el espacio) que pone al rival en “posición de peligro”, incluso si lo ha levantado desde una posición de suelo.

Amonestaciones: - Técnicas ilegales que no suponen una descalificación directa. Quien recibe tres amonestaciones pierde el combate.

- Sistema de competición

El sistema de competición utilizado es el de eliminación directa con repesca para aquellos luchadores que hayan perdido contra alguno de los finalistas.

Existirá, por tanto, dos terceros, que serán los ganadores de las repescas, y dos quintos, los perdedores. La clasificación a partir del séptimo se realiza, atendiendo a los siguientes criterios, por este orden: mayor número de puntos de clasificación, mayor número de tocados, mayor número de victorias por superioridad, mayor número de periodos ganados por superioridad, mayor número de puntos marcados, menor número de puntos recibidos.

Los puntos de clasificación son puntos otorgados a cada luchador después del combate, en relación al tipo de victoria o derrota:

-Victoria por tocado: 5 puntos.

-Victoria por superioridad técnica en todo el combate: 4 puntos.

-Victoria por puntos: 3 puntos.

-Derrota por tocado: 0 puntos.

-Derrota sin haber marcado puntos: 0 puntos.

-Derrota habiendo marcado puntos y no por tocado: 1 punto.

En el caso de que el número de luchadores de una categoría sea inferior a seis, entonces se empleará el sistema de competición “nórdico”, o sea, todos contra todos, y la clasificación se realizará atendiendo primeramente al número de victorias, y después a los criterios anteriormente descritos.

- Técnicas ilegales

En general están prohibidas todas las técnicas dolorosas y/o peligrosas. Son ilegales y terminantemente prohibidas, sobre todo, las técnicas o acciones enumeradas a continuación: - Existe también en la actualidad una disciplina llamada "JiuJitsu", en la cual es someter al oponente con llaves de torsión de

garganta, palancas a los brazos, a las piernas, etcétera, que es totalmente ilegal en la Lucha Olímpica.

- Técnica de garganta.
- Torsión de brazo a más de 90°.
- Técnica de brazo por encima, efectuada sobre el antebrazo.
- Técnica de cabeza y de cuello con las dos manos, así como todas las situaciones y posiciones de estrangulamiento.
- Doble técnica de cuello (Nelson), si no es ejecutada de lado, sin ninguna intervención de las piernas sobre parte alguna del cuerpo del adversario Para cadetes y escolares, así como en la modalidad femenina está totalmente prohibida.
- Llevar el brazo del adversario detrás de su espalda ejerciendo simultáneamente una presión y en una posición que el antebrazo con el brazo forme un ángulo agudo.
- Ejecutar una técnica en contra de la columna vertebral del adversario.
- Hacer la "corbata" en cualquier sentido.
- Solo serán permitidas las técnicas que lleven un brazo y la cabeza al mismo tiempo.
- Además, en las técnicas de pie y por detrás, mientras el adversario está vuelto cabeza abajo (con la cintura al revés), la proyección no debe realizarse más que hacia un lado y de ninguna manera de arriba a abajo (en picado).
- En la ejecución de una técnica, agarrar la cabeza o el cuello del adversario con los dos brazos.
- Levantar al adversario que se halle en puente y tirarlo inmediatamente al tapiz (golpes bruscos en el suelo), es decir, que hay que presionar el puente.
- Hundir el puente empujando en el sentido de la cabeza.
- En lucha libre, la tijera cerrada con los pies cruzados sobre la cabeza, el cuello o el cuerpo está prohibido.

Igualmente se prohíbe:

- Llevar vendajes en las muñecas, brazos o tobillos, salvo en el caso de lesión y bajo prescripción médica.

- Presentarse en estado de sudación al inicio del combate y al inicio cada periodo.
- Embadurnarse el cuerpo con materia grasa o pegajosa.
- Llevar cualquier objeto susceptible de herir al adversario como anillos, pulseras, etc.

4.2.2 Lesiones frecuentes en Lucha

- Cabeza y cara

Las orejas de coliflor son causadas por contusiones o magulladuras severas de la estructura de la oreja. La lesión resultante puede requerir ser drenada y la oreja envuelta en un material tipo yeso para conservar la forma de la oreja cuando se quite el edema. Aunque es difícil de evitar, el uso de protectores de orejas es la mejor defensa contra esta potencialmente desfigurante lesión. El usar protector de cabeza con acolchonado frontal disminuye también el impacto de la frente y ayuda a evitar concusiones. El protector de boca evita lesiones severas de lengua y dientes y ayuda a prevenir concusiones.

- Bursitis pre rotuliana

Es la inflamación de la Bursa (saco) situada enfrente de la rótula. En los luchadores esta área pega constantemente contra el colchón causando a veces un dolor agudo y en ocasiones edema. Una vez que la bursitis se desarrolla, el tratamiento es con la administración de antiinflamatorios, hielo y reposo. Rodilleras acolchonadas se han diseñado específicamente para este problema y pueden usarse para tratar y prevenir la lesión o para disminuir el impacto en la cara anterior de la rodilla una vez que la bursitis se ha desarrollado.

- Lesiones de ligamentos

Los más afectados son el ligamento colateral medial y el colateral lateral. A menudo son resultado de la torcedura de la pierna por fuera de la línea media del cuerpo. Los esguinces de primer grado se tratan con hielo, compresión, elevación y reposo (HICER) y el atleta reincida actividades cuando el dolor se quita. Esguinces de segundo y tercer grado rara vez requieren de cirugía. Manteniendo la fuerza del cuádriceps y los isquiotibiales así como flexibilidad de la extremidad pueden ayudar a prevenir este tipo de lesiones.

- Infecciones de piel

Estudios epidémicos de infecciones de piel han demostrado la rápida propagación de la infección de un miembro del equipo a otro siendo los 3 tipos más frecuentes de infección las causadas por herpes simple, tiña e impétigo. Con tanto contacto de piel con piel es básico minimizar el riesgo de infección mediante:

Rutinariamente bañarse adecuadamente antes y después de una práctica o pelea, usar ropa limpia en cada práctica, limpiar adecuadamente colchones con solución antiséptica después de cada práctica.

Si la infección se desarrolla, esta debe tratarse por un médico con antibióticos o cremas con antibiótico. El luchador puede continuar participando en entrenamiento o trabajos de acondicionamiento, pero debe evitar el contacto corporal con otros miembros del equipo hasta que se cure la infección.²⁶

4.2.3 Características fisiológicas de lucha y etiología de las lesiones

La lucha es un deporte de contacto completo, que utiliza la fuerza, la elasticidad, la potencia y la rapidez, que unido a un correcto entrenamiento técnico y estratégico minimizaría un gran porcentaje de lesiones. En la lucha estilo Libre olímpica, se tiene permitido utilizar las piernas tanto para la ejecución de técnicas y presas como para inestabilizar al adversario en el tapiz. Por ello son tan frecuentes las lesiones musculoesqueléticas que afectan a las extremidades inferiores, sobre todo a la articulación de la rodilla, y a los músculos del deportista.

En un luchador/a deben de concurrir las cualidades que definirían su condición: de fuerza, de resistencia y de velocidad y las cualidades coordinativas: de movilidad y de agilidad.

Entendemos por resistencia muscular a la capacidad de un músculo o de un grupo muscular para sostener ejercicios de alta intensidad, repetidos o estáticos, este tipo de resistencia está representado por el halterofilico y por el luchador. El ejercicio puede ser de naturaleza rítmica o repetitiva, como el press banca, o la actividad puede ser más estática, como por ejemplo la acción muscular sostenida cuando un luchador intenta movilizar a un oponente contra el tapiz, realizar una presa o un agarre, en ambos casos, la fatiga resultante está referida a un grupo muscular específico y la duración de la actividad no suele ser superior a 1 o 2 minutos. La resistencia tiene una fuerte relación con nuestra fuerza muscular y nuestro desarrollo anaeróbico.

Las características que el luchador debe tener presente son:

Fuerza: desde la fisiología, es la capacidad de producir tensión que tiene el músculo al activarse. **Resistencia:** capacidad para soportar la fatiga a esfuerzos prolongados y/o para recuperarse. **Velocidad:** capacidad de conseguir, máxima

²⁶ GARNES, Ros, Alicia, et al. "Lesiones musculares de lucha y su relación con las técnicas de lucha". Lecturas: educación física y deportes, 2005, N 80., ISSN-e 1514-3465.

fuerza volitiva y funcionalidad del sistema neuromuscular, una rapidez máxima de reacción y de movimiento en determinadas condiciones. **Flexibilidad:** Capacidad de desplazar una articulación o serie de articulaciones, sin restricción ni dolor.

4.2.4 Síndromes por abuso en la lucha

Los síndromes por abuso son el resultado de una actividad cíclica crónica. Pueden estar producidos por cargas poco repetidas pero de gran magnitud o por cargas normales muy repetidas. El término "fatiga", se utiliza para describir el fallo del material por cargas y descargas repetidas de una magnitud en los límites de tensión del material. La carga se halla por debajo del punto de ruptura del tejido y puede estar en los límites de la zona elástica. A menor carga, mayor cantidad de ciclos se necesita para producir el fallo del tejido. En la mayoría de los tejidos existe una carga límite por debajo de la cual un número infinito de ciclos no producirá el fallo. Un factor común a todos los tipos de carga repetitivos es que se producen microtraumatismos repetidamente. Las lesiones por abuso pueden relacionarse de varias formas con un aumento de la intensidad de la actividad. Es posible que ocurran como resultado de la repetición excesiva con una anatomía normal, por muchas repeticiones con desequilibrios o enfermedades anatómicas, por técnicas de entrenamiento inadecuadas o equipos o servicios impropios, como calzados o superficies de juego.

Las lesiones pueden afectar a los tendones, las articulaciones, ligamentos y huesos. Las cargas suelen producirse por presión, compresión e inclinación. Las tensiones de presión se suelen producir en apófisis óseas al cargarse de forma crónica la interfaseosteotendinosa. Si la carga es suficientemente grande, se producirá la fractura. En las actividades atléticas existen diversos ejemplos de este tipo de lesiones crónicas.

El correr y el saltar crean contracciones musculares repetitivas que provocan tensión en las inserciones musculares de las extremidades inferiores. Se producen síndromes dolorosos, siendo los más frecuentes la apofisititis de la de la tuberosidad tibial (Enfermedad de Osgood- Schlatter, o del polo inferior de la rótula) (síndrome de Sinding-larsen-Johannsson, de la apófisis del calcáneo), enfermedad de Sever, o la tendinitis anserina (semimembranoso, sartorio y recto interno).

La tracción de las zonas de inserción de los músculos tibial anterior y posterior puede producir dolor. Otra importante lesión por abuso incapacitante es la fascitis plantar. La tensión repetitiva de la fascia plantar se produce por la carga cíclica del calcáneo y las cabezas metatarsianas. En la interfase fascia- hueso se produce

inflamación y dolor. La carga por compresión repetitiva produce varios ejemplos de síndromes por abuso. Las reacciones de proliferación debidas a la carga por compresión pueden conducir finalmente a problemas articulares degenerativos. La carga crónica sobre las articulaciones puede provocar microfracturas de las trabeculas seguidas de remodelamiento y rigidez del hueso subcondral. Esta situación se presenta con mayor frecuencia en los tobillos, codos, rodillas, y articulaciones intervertebrales.

Uno de los problemas más comunes del síndrome por abuso es el síndrome tensional repetitivo, que parece producirse secundariamente a la carga combinada de compresión y de cizallamiento. La carga insuficiente en una cara y la sobrecarga en la otra cara de la superficie rotuliana posterior puede producir reacciones proliferativas con reblandecimiento y erosión del cartílago rotuliano. La compresión unida a la fricción también crea situaciones molestas, tales como el síndrome de compresión de la fascia lata, cuando la fascia iliotibial fricciona sobre el cóndilo femoral o sobre el trocanter mayor. Los momentos de inclinación y la carga por torsión aumentan las fuerzas sobre los tejidos localizados, los cuales suelen fracasar ante la tensión. Las fracturas por tensión son las lesiones por abuso más frecuentes. Pueden estar relacionadas con cargas anormales aplicadas al hueso normal (fractura por fatiga) o con cargas normales sobre un hueso con poca resistencia elástica (fractura por insuficiencia).

La principal causa contribuyente puede ser la absorción de energía del medio. Los músculos ayudaran a absorber parte de esta energía. Esto al propio tiempo, requiere otros tejidos blandos y huesos para que se absorba la energía.

En estos huesos como los metatarsianos y el peroné, el tipo de carga es la inflamación con patrones cíclicos de presión y compresión. Este proceso provoca una serie de situaciones que pueden llevar a la fractura. El proceso empieza con una deformación elástica excesiva, seguida del retroceso del hueso. Las láminas circunferenciales se desorganizan y se inicia la reabsorción del hueso, seguida de la restitución con hueso osteoide. Durante esta actividad de remodelamiento, la reabsorción de hueso, progresa más rápidamente que la formación de hueso, por tanto el hueso se debilita, provocando una mayor probabilidad de que se produzcan pequeñas fracturas. La carga continuada puede provocar fracturas más complicadas. Los lugares más frecuentes de las fracturas por presión son los metatarsianos la tibia, el peroné, y las zonas interarticulares de las vértebras.

Cualquier traumatismo de partes blandas que rodean una articulación puede limitar el movimiento, por lo tanto, la lesión del cartílago articular, de la sinovial, de la cápsula articular, de los músculos, tendones o ligamentos de una articulación puede dificultar los movimientos de forma significativa. La lesión de cualquiera de

estas estructuras producirá inflamación y tumefacción. La ruptura de la cápsula, ligamentos y/o tendones puede producir la inestabilidad articular. El derrame sinovial puede ser otra causa de disminución del movimiento efectivo.

Los ligamentos y la cápsula forman el sostén estático de la articulación y están compuestos por fibroblastos alineados en las hileras paralelas a las fibras de colágeno. Las fibras de colágeno discurren paralelas al eje de tensión de la articulación.

La contractura muscular también produce disminución del movimiento, pero afortunadamente, esto no produce un gran problema en el tratamiento de las lesiones deportivas. La contractura muscular se produce cuando durante la elongación, el músculo no está suficientemente elongado para provocar una amplitud de movimiento completa. Se supone que se produce como resultado de los cambios en la longitud en el origen o en la inserción aponeurótica del músculo o en la longitud de la fibra muscular. Suele ser difícil comprobar si el movimiento está disminuido por el acortamiento capsular o por la contractura muscular. En medicina deportiva, una sola articulación no suele inmovilizarse el tiempo suficiente para que produzca contractura muscular severa. La contractura muscular responde muy lentamente.

La rodilla, participa en la mayor parte de las técnicas y por ello, se permiten utilizar protectores de rodilla. El complejo articular de la rodilla está formado por tres huesos, el fémur, la tibia y la rotula, entre los cuales forman dos articulaciones. Una de estas articulaciones es la femoro-tibial, que es una condiloartrosis y la otra, la femoro-rotuliana, que es una trocleartrosis, forman en su conjunto una articulación apta para la flexoextensión, es decir, una charnela, o bisagra modificada, reforzada por dos sólidos ligamentos laterales que en posición de rectitud impiden variaciones anómalas en el sentido de abducción o aducción de su eje, facilitando, en cambio, un arco bastante amplio de movilidad en la flexión.

A su nivel se ubican los extremos articulares de las dos palancas más largas y potentes del esqueleto, es decir, el fémur y la tibia. Pese a ello, las luxaciones son raras, aunque está expuesta y de hecho a traumas bruscos y repetidos o bien al uso y al abuso, por ello existen muy pocos deportes o procesos que no afecten a su estructura.

Como articulación perteneciente al miembro inferior de soporte del organismo, frente a la acción de la gravedad y dedicada a las labores habituales de carga, de soporte de peso y deambulación, e incluso de esfuerzo en los deportes, resulta muy susceptible a la acción de los microtraumatismos, por ello posee el cartílago

más grueso que todas las restantes articulaciones, siendo además muy rico en células, matriz y en sustancia fundamental.

Para juzgar de su importancia no tenemos más que observar la participación que la rodilla tiene durante la marcha tanto en la fase postural de apoyo como en la de deambulación o marcha. Así en la fase postural de apoyo, al producirse el choque del talón, la rodilla está en extensión total y reciben el golpe directamente ambas extremidades condrales; mucho más intenso será el microtraumatismo si la musculatura idónea es débil. En la fase intermedia, antes de pasar al impulso con el que finaliza la fase postural de apoyo, al contraerse el cuádriceps para mantener estable la rodilla, no solo sigue soportando la presión de las fuerzas musculares, sino también el peso del cuerpo.²⁷

4.2.5 Lesiones deportivas

La mayoría de las lesiones que son atribuidas a la práctica deportiva, son en realidad la consecuencia de la repetición de prácticas inadecuadas. Con el desarrollo que han adquirido las ciencias del deporte, estos problemas son absolutamente previsibles y evitables. La lesión deportiva puede resultar de dos circunstancias:

En la primera, hay un hecho traumático, ya sea un objeto o el mismo cuerpo humano que hace de objeto por la velocidad que desarrolla, chocando con otro cuerpo, con el suelo o con otro objeto. Esa es la llamada lesión aguda, accidental, donde la colisión o el choque vence la resistencia de los tejidos. A pesar de que los tejidos estén adaptados a ese esfuerzo, la lesión es mucho mayor por la velocidad desarrollada hasta el impacto.

En la segunda, la lesión deportiva crónica es la que tiene lugar por la repetición de actividad deportiva que, sumada en el tiempo, va produciendo en un organismo un microtraumatismo, que llega a vencer la resistencia del tejido como si fuera el gran impacto del choque de la lesión aguda. La correcta denominación de este daño es "lesión por sobrecarga", porque la carga de trabajo fue mayor a la que es capaz de soportar un tejido determinado, llámese tendón, ligamento o músculo, componentes todos ellos del aparato locomotor.

Las diferencias entre estas dos categorías de lesiones deportivas son importantes. En la lesión deportiva aguda, se produce una rotura instantánea porque la fuerza es grande. En cambio, en la lesión crónica el dolor aparece de repente y sin haber

²⁷ **AYÁN**, Carlos, Molina, Antonio. "Efecto de una modificación reglamentaria en la incidencia de lesiones en lucha leonesa". Apunts: Medicina de l'Esport, 2010, N 45(165),17-22.

hecho aparentemente nada fuera de lugar. Siempre es el exceso de fuerza sobre el tejido lo que produce la lesión.

Cualquier tipo de lesión para el deportista es importante, porque no le permite desarrollar su rendimiento máximo, para lo cual trabajó un determinado tiempo. En muchas ocasiones las lesiones se manifiestan por factores predisponentes de su estructura corporal o por factores externos, como superficies de juego o elementos deportivos inadecuados, o esfuerzos superiores a las capacidades del individuo.

4.2.6 Lesiones deportivas agudas más frecuentes

- Heridas

Es la lesión de origen traumático, en la que existe pérdida de la continuidad de uno o más tejidos.

Clasificación:

1) Abrasivas: Causadas por fricción o frotamiento con una superficie áspera, también llamadas escoriaciones o raspones. Por lo general, sólo dañan tejido cutáneo y subcutáneo, se producen en terrenos irregulares o de superficies duras o ásperas.

2) Cortantes: Se caracterizan por presentar bordes regulares y afrontan perfectamente; se pueden producir por implementos deportivos, vidrios, láminas, etc.

3) Punzantes: Heridas provocadas por objetos que presentan punta, como: clavos, varillas, artículos deportivos, etc.

4) Contundentes: Provocadas por objetos romos en traumatismo directo; se pueden provocar por piedras, postes, gradas y las diversas áreas anatómicas de contacto permitidas en deportes de combate.

La gravedad de la lesión dependerá de la región afectada, por lo que el tratamiento puede variar posterior a la valoración del tipo de herida, gravedad y complicaciones que se presenten, se deberá proceder a la aplicación de los primeros auxilios, teniendo como base las siguientes acciones:

a) Lavado de la zona afectada con agua limpia, jabón y gasas estériles, limpiando en un solo sentido, de arriba hacia abajo, abriendo la herida y limpiando de adentro hacia fuera.

b) Aplicación de un antiséptico local como isodine o benzal.

c) Aislamiento de la herida del medio ambiente por medio de gasas y un vendaje.

- Contusión

Patología traumática-inflamatoria más frecuente en las actividades deportivas. Las consecuencias de la contusión dependerán del sitio donde se recibió y la intensidad del traumatismo.

Su manifestación es a través de dolor, rubor, calor y/o tumor, todos estos datos del proceso inflamatorio.

El tratamiento inicial, siempre y cuando no haya complicaciones, el tratamiento inicial consiste en el uso de métodos terapéuticos dirigidos esencialmente a impedir o limitar la aparición de hemorragia y/o edema, así como disminuir el dolor mediante la aplicación local de frío: en forma sólida (hielo triturado o paquetes fríos), líquida (agua fría) o gaseosa (cloruro de etilo). Se deberá considerar si es necesario retirar al jugador del terreno de juego, para valoración completa y así determinar complicaciones y severidad de la lesión. Posteriormente iniciar el método HICER, el cual se mencionará más adelante.

- Distensión

Es la lesión microscópica del músculo, que se produce al sobrepasar los límites normales de la elasticidad, produciéndose un estiramiento de las fibras sin que exista un daño anatómico ni ruptura de las mismas, por examen clínico no es demostrable una solución de continuidad del músculo.

Su manifestación clínica se caracteriza por dolor intenso y súbito, el sujeto es capaz de tolerar la molestia y puede continuar su actividad. La evolución de este tipo de lesión es rápida y favorable a la mejoría en pocos días. El tratamiento es a través del método HICER.

- Contractura

Son contracciones musculares dolorosas, de corta duración e involuntarias, causadas por isquemia (irrigación insuficiente del músculo), contusión, desequilibrio hidro-electrolítico, sobrecarga de trabajo muscular, uso de accesorios elásticos o utilización de vendajes muy ajustados.

Sus manifestaciones clínicas son: dolor intenso y contracción del músculo afectado.

El tratamiento consiste en estirar el músculo y al controlar la contracción dar un ligero masaje para controlar el dolor e incrementar el flujo sanguíneo.

- Desgarro

Ruptura macroscópica y parcial de un músculo, en el cual si se muestra solución de continuidad, se considera como lesión grave, ya que puede haber ruptura extensa de fibras musculares.

Su manifestación clínica es dolor intenso y la incapacidad funcional, se presenta frecuentemente un hematoma postraumático cuya magnitud puede palparse como un abultamiento.

Tratamiento.- El método HICER debe utilizarse de acuerdo al tipo, región, severidad y complicaciones que presente el desgarro. Se encuentra absolutamente contraindicado el uso de masoterapia durante la primera semana de evolución.

- Esguince

Los esguinces (torceduras) son lesiones que se producen cuando existe un movimiento forzado de la articulación, más allá de sus límites normales, van desde la distensión hasta ruptura de un ligamento.

Los esguinces se dividen según la intensidad de la lesión en:

- Grado 1.- Elongación (las fibras solamente se estiran)
- Grado 2.- Ruptura parcial (algunas fibras de los ligamentos se rompen)
- Grado 3.- Ruptura total (todas las fibras se afectan)

Sus manifestaciones son: dolor, inflamación e incapacidad funcional que van desde ligera a importante de acuerdo a la lesión. Cuando existe ruptura ligamentaria puede presentarse equimosis leve a severa.

En los esguinces grado 2 y 3 hay que tomar en consideración la posibilidad de fractura ósea, por lo cual es necesario corroborar con estudios radiológicos.

Tratamiento.- Las medidas generales básicas se realizan a través del método HICER, continuando con las medidas específicas, las cuales dependerán del grado de esguince.

- Luxación

Una articulación está luxada cuando existe la pérdida de la relación normal de las caras articulares, es decir, existe desplazamiento de los huesos fuera de la articulación.

Las manifestaciones clínicas son: dolor, incapacidad funcional, deformación y posición anormal de la extremidad afectada. La pérdida de contacto de las caras articulares es sólo posible a consecuencia de lesiones importantes de las zonas blandas periarticulares, así como de los mismos componentes de la articulación:

sinovial, superficies cartilaginosas, cápsula, ligamentos, tendones, músculos, nervios, vasos, que pueden estar comprimidos, pellizcados, desgarrados o arrancados.

El tratamiento debe iniciarse tan pronto sea posible, con el fin de evitar que se agrave. El método HICER como tratamiento primario es importante.

Existen casos en donde es necesario el traslado a un hospital para valoración radiológica para descartar fractura y realizar la reducción, evitando de esta manera complicaciones neurovasculares por una mal reducción realizada en campo.

- Fractura

Es la pérdida de la continuidad ósea, y se distinguen dos tipos principales de fracturas:

- 1) Fractura cerrada, es aquella en la cual la piel permanece intacta, si este tipo de fractura se maneja de forma inadecuada, puede agravarse peligrosamente transformándose en abierta o complicada.
- 2) Fractura abierta, en esta lesión una herida en la piel pone en comunicación el foco de la fractura con el exterior. Este tipo de fractura es grave por el riesgo de infección, exigiendo cuidados especiales.

Se habla de una fractura complicada cuando los fragmentos cortantes del hueso roto han dañado algún órgano (vasos sanguíneos, nervios, pulmones, médula espinal). Esta clase de fractura puede darse tanto en uno como en otro de los dos casos citados.

Las manifestaciones son: incapacidad funcional, dolor repentino violento, fijo, localizado, edema, puede existir o no deformación de la zona lesionada, y crepitación, en este punto es importante considerar la existencia de una luxación si la lesión se encuentra en una articulación.

En presencia de una lesión sospechosa de fractura, se debe actuar como si realmente existiera.

El tratamiento es con inmovilización inmediata, férulas, tablas o cabestrillos, o situación necesaria con el mismo cuerpo del paciente. En caso de presentar herida y/o hemorragia cubrir y contener el sangrado.

Traslado al hospital más cercano. Importante: no se debe realizar la movilización o traslado del paciente sin haber inmovilizado la fractura.

4.2.7 Atención inmediata en el campo

Cuando se empieza a forzar el cuerpo de nuevas maneras, las probabilidades de sufrir una lesión aumentarán. No es posible prevenir completamente las lesiones, pero se pueden minimizar los riesgos.

Las primeras 24 horas tras la lesión son las más críticas porque determinan el grado que alcanzará la lesión y cuánto tardará en recuperarse. Inmediatamente después de que tenga lugar la lesión, se inflamará la zona: se pondrá roja, caliente y dolerá.

La intensidad de la inflamación varía según la lesión y es, de hecho, el inicio del proceso de recuperación, aunque el cuerpo tienda a reaccionar de manera exagerada. Lo primero que se debe hacer es disminuir el proceso de inflamación.

La manera más sencilla de recordar que hacer es el acrónimo HICER: hielo, compresión, elevación y reposo.

- Hielo

Para ralentizar el metabolismo de los tejidos del área afectada, debe someterlas a una especie de "animación suspendida", con agua fría o un paquete de hielo.

- Compresión

La diseminación de los fluidos que se acumulan como resultado de la hinchazón y las hemorragias puede disminuirse mediante la compresión. La manera más sencilla de comprimir una lesión es una venda elástica. Debe ser cómoda y no apretar demasiado o restringiría el fluido de sangre a la zona.

- Elevación

Es aconsejable mantener la parte del cuerpo lesionada elevada y bien sujeta para que los fluidos producidos por la hinchazón y las hemorragias puedan drenar bien. Conviene en particular, si la lesión es en una pierna, para que estos fluidos no se acumulen en el pie.

- Reposo

No se puede eliminar una lesión sin reposo. Aunque el dolor desaparezca, el daño en el tejido persiste. Debe reposar un mínimo de 24 a 48 horas. Durante este tiempo se debe proteger la lesión de posibles daños, así que quizás se necesite entablillar.

Muchas personas siguen entrenando aunque estén lesionadas, creyendo que si se ponen una tobillera u otro tipo de venda están protegidos contra las lesiones. Esto no es una buena idea. Si se lleva mucho tiempo lesionado, una venda puede aislar

el músculo dañado, permitiendo trabajar los que hay alrededor, pero en circunstancias normales el reposo es la mejor cura.

Se debe tomar en cuenta que si se está lesionado y sigue trabajando la hinchazón y la hemorragia pueden aumentar y provocar más problemas, por último hay que consultar al médico o a un fisioterapeuta.

4.2.8 Causas más comunes de lesiones

- Calentamiento previo insuficiente.
- Calentamiento posterior insuficiente.
- No hacer estiramientos antes y después del ejercicio.
- Sobreentrenamiento.
- Falta de reposo.
- Calzado incorrecto.
- Mala técnica, sobre todo en los ejercicios de fuerza.
- No comer adecuadamente.

Fatiga crónica

La fatiga crónica se instala si se sigue entrenando más allá de las fuerzas del cuerpo y favorece las lesiones. Las señales de sobreentrenamiento incluyen una disminución del rendimiento a pesar de sentir que se trabaja duro; dolores, molestias en las articulaciones, tendones o músculos; pérdida de fuerza; hormigueo, las articulaciones se duermen o agotan en exceso; cansancio general; problemas para dormir; tos constante, resfriados y otras dolencias menores.²⁸

4.2.9 Como evitar las lesiones

Es difícil evaluar todos los factores predisponentes y sus efectos desde cada deportista, pero se pueden ir teniendo en cuenta posibles señales que se anticipan a una lesión, estas pueden ser:

- Cambios de personalidad o cambios de actitud
- Factores que en la actualidad puedan actuar como potencialmente estresantes
- Historia de lesiones anteriores
- Fortaleza psíquica para afrontar las cargas de estrés y sociales

²⁸ [Internet] http://www.uaemex.mx/universiada2005/notas/Lesiones_mas_comunes_en_los_deportistas290405.pdf
[Acceso 06 de Marzo de 2014]

- Fluctuaciones de la motivación
- Déficit atencionales
- Variaciones de estados de ánimo

Hay que poder prevenir desde ambos aspectos, tanto físicos como psicológicos, para lo cual habría que tener en cuenta:

- En relación a la demanda de entrenamiento sería importante ir incrementando progresivamente las demandas físicas que obligue a los deportistas a enfrentarse y controlar la adversidad gradualmente (dolor, cansancio) ayudándolos de ésta manera a que lleguen más "duros" a la competencia.
- Incluir períodos de descanso físico y mental que eviten sobreentrenamiento. Sobre todo en los momentos que exijan muchas horas de trabajo (competencias seguidas)
- Variar el planteamiento de las sesiones de entrenamiento de manera que suscite interés y evitar el aburrimiento y en consecuencia una baja en la motivación.

En relación aspecto psicológico, desde ya es difícil trabajar en prevención de lesiones, pero la Psicología del Deporte nos da herramientas para colaborar con el deportista a conocer su cuerpo y su mente, para que el deportista vaya descubriendo sus diferentes estados emocionales y físicos tanto antes como después de una lesión:

- Aumentando la motivación, estableciendo objetivos posibles y metas de logro
- Autoconfianza teniendo control de las variables que lo afectan y que puedan tomar decisiones correctas en el momento adecuado
- Trabajar sobre la influencia del estrés, que puedan reconocer todas aquellas variables que los coloca en una situación estresante y mediante determinadas técnicas puedan alcanzar su estado óptimo
- Trabajar con los deportistas suplentes que tienen poca actividad y están menos preparados para los efectos del estrés en competencia. Además su tiempo de inactividad los coloca en una situación de ansiedad y estrés que los lleva muchas veces a no medir consecuencias desde lo físico, provocando una lesión o bien reincidiendo en una lesión si su inactividad era por recuperación.

El Tiempo es otra variable importantísima:

- Las competencias muy seguidas logran que muchas veces los tiempos de descanso de los que hablamos anteriormente no se puedan realizar y esto conlleva una sucesión de lesiones.
- La necesidad de recuperación rápida, muchas veces por exigencias propias, el exceso de responsabilidad, las ansias de competir, la situación de su equipo en determinada competencia, la situación económica personal, la posible transferencia, hacen que la recuperación se reduzca en tiempo.
- Otras veces las exigencias externas como los sponsors, las autoridades de la institución, los padres etc.

Esto lleva muchas veces a adelantar el regreso a los entrenamientos y/o competencias sin una total rehabilitación, con serias consecuencias para las probables recaídas.

También el querer aprovechar el tiempo al máximo lleva a los deportistas a jugar infiltrados, doloridos, o con vendajes, trayendo esto no sólo lesiones más graves sino también consecuencias para el futuro del ser humano que ésta más allá del deportista.²⁹

4.2.10 Estadísticas de práctica deportiva y ejercicio físico

En noviembre de 2013, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó el levantamiento del “Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF)” para generar información estadística sobre la participación de hombres y mujeres en la práctica de algún deporte o ejercicio físico en su tiempo libre.

En conferencia de prensa, el Presidente de la Junta de Gobierno del INEGI, Eduardo Sojo Garza Aldape y el Director General de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE), Jesús Mena Campos, presentaron los principales resultados del MOPRADEF. En la reunión, Eduardo Sojo señaló que se han dado dos pasos importantes en un ejercicio sin precedentes: “primero creamos un comité especializado que nos permitirá ponernos de acuerdo en las normas y estándares. El segundo fue generar información, a partir de esta encuesta que por primera vez se realizó en el INEGI”. De igual manera, subrayó la

²⁹[Internet]http://www.psicodeportes.com/articulos/psicologia_deporte/Lesiones_deportivas_importancia_y_preencion.pdf [Acceso 14 de Abril de 2014]

importancia que da la CONADE a la información para tomar decisiones de política pública en favor del ejercicio y la práctica deportiva.

Por su parte, Jesús Mena Campos destacó que, con base en la información recabada, se advierte que a mayor educación, mayor actividad física: "es un tema que hemos manifestado en el Programa Ponte al 100, que el problema que tenemos tiene su origen en la educación, al tener información clara cuando somos niños, lo haremos bien a lo largo de toda la vida, porque lo aprendimos bien, por eso es importante transmitir esta información a los niños y jóvenes".

Para este levantamiento se consideraron 2,336 viviendas. Entre los principales resultados se encontró que la población mexicana de 18 años y más en áreas urbanas es inactiva físicamente en un 56.2 por ciento, de la cual el 42 por ciento son hombres y 58 por ciento mujeres. Del 43.8 por ciento de activos físicamente, los hombres representan el 54.4 por ciento y las mujeres el 45.6 por ciento.

Quienes afirmaron ejercitar algún trabajo físico o deportivo, dijeron dedicarle en promedio 3 horas 57 minutos semanales. Los varones destinan 3 horas y 57 minutos a esta práctica mientras que las mujeres, 3 horas con 56 minutos.

Las instalaciones o lugares públicos son los sitios preferidos para ejercitarse (66.4%), mientras que la tercera parte de la población activa físicamente (31.2%) acude a instalaciones de uso restringido (instalaciones privadas, de estudio, trabajo o domicilios particulares).

La práctica del ejercicio resultó ser más común durante la mañana con el 46.6 por ciento. El horario vespertino fue la segunda opción, mientras que el 14.4 por ciento se ejercita por las noches; el 9.1 por ciento no tiene preferencia de horarios.

La encuesta también revela que a mayor preparación académica, es mayor el porcentaje de población físicamente activa. De la población sin educación básica terminada el 29.3% es activa y el 70.7% inactiva; en el grupo de entrevistados con al menos un grado de educación superior, el número de personas activas aumenta a 57.9% y el de las inactivas se reduce a 42.1 por ciento.

El grupo de población inactiva que alguna vez practicó algún deporte o ejercicio físico, mencionó que la principal razón de su deserción fue la falta de tiempo (57.9% de los encuestados).

La información estadística de este estudio tiene la finalidad de contribuir a la elaboración de políticas públicas orientadas al fomento del deporte y ejercicio

físico y, por tanto, que sea un insumo para las instituciones vinculadas con la salud y el deporte.

Según estadísticas, México está muy por encima de países como Canadá y Estados Unidos en población físicamente inactiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la inactividad física es el cuarto actor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo. El aumento de este mal en muchos países ha influido considerablemente en la prevalencia de 4 tipos de enfermedades: cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes.

La OMS recomienda a las personas de 18 años o más, un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física vigorosa para mantener en buen estado las funciones cardiorespiratorias y musculares, la salud ósea así como para evitar la depresión. De acuerdo con la misma OMS, de las personas de 18 años y más, sólo el 21.5% cumple con el nivel suficiente de actividad física deportiva.³⁰

4.2.11 Técnicas de relajación

Definición de relajación: Del latín *relaxatio*, relajación es la acción y efecto de relajar o relajarse (aflojar, ablandar, distraer el ánimo con algún descanso). La relajación, por lo tanto, está asociada a reducir la tensión física y/o mental.

Se conoce como técnicas de relajación a los métodos que permiten alcanzar la calma y reducir el estrés. Estas técnicas implican diversos beneficios para la salud, ya que ayudan a disminuir la tensión muscular, la presión arterial y el ritmo cardíaco.

La ansiedad, los ataques de pánico, la depresión, el insomnio y hasta el dolor de cabeza pueden ser tratados y aliviados con las técnicas de relajación, que incluyen actividades tan diversas como caminar, dedicarse a la jardinería, meditar, escuchar cierto tipo de música o rezar.³¹

4.2.12 La musicoterapia

Actualmente la musicoterapia es una disciplina joven, enmarcada dentro de las Ciencias de la Conducta desde donde está siendo estudiada científicamente.

³⁰[Internet]<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/2014/enero/comunica2.pdf> [Acceso 14 de Abril de 2014]

³¹[Internet] <http://definicion.de/relajacion/> [Acceso 17 de Abril de 2014]

En 1942 se crea el primer Instituto de Musicoterapia en Estocolmo (Suecia) y en 1954 Thayer Gaston es nombrado director en Musicoterapia de la Universidad de Kansas, creándose el primer título universitario en este campo. Es en esta universidad donde Gaston establece los principios generales en los que se basa la musicoterapia.

1. El establecimiento o recuperación de las relaciones interpersonales. Se refiere a la propiedad de la música de establecer relaciones interpersonales a través de actividades grupales donde predomina la comunicación no verbal que conlleva la expresión de emociones que no precisan de una organización lingüística o códigos más o menos restrictivos y complicados.

2. El logro de la autoestima a través de la autorrealización personal. Cantar, tocar un instrumento o bailar son actividades que favorecen la autorrealización personal.

3. La utilización del ritmo para proporcionar energía y organizar. El ritmo ordena los sonidos en el tiempo. Sin él no existe periodicidad. Es el elemento más estimulante entre los disminuidos físicos y psíquicos. La vivencia del ritmo con canciones, ejercicios corporales o instrumentos, puede mejorar los problemas de psicomotricidad o de personalidad.

Desde el punto de vista de Benenzon, la Musicoterapia se fundamenta en el principio de *ISO* ("igual" en griego). El *ISO* es un término que designa el sonido o conjunto de sonidos o fenómenos sonoros internos que nos caracteriza y nos individualiza. El *ISO* resume nuestros arquetipos sonoros, nuestras vivencias sonoras intrauterinas, de nacimiento e infantiles, hasta nuestros días. Reúne, por tanto, la percepción pasada y presente.

Las observaciones clínicas de Altshuler permitieron constatar que la utilización de música idéntica al estado de ánimo del paciente y a su tempo mental, era útil para facilitar la respuesta mental y emocional del paciente. Por tanto, los pacientes deprimidos pueden ser estimulados con mayor rapidez si se utiliza música triste que con música alegre, mientras que los pacientes maníacos, cuyo tempo mental es más rápido, pueden ser estimulados más rápidamente con un "*allegro*" que con un "*andante*". El tempo mental del paciente debe coincidir con el tempo sonoro-musical de la música escuchada para que exista un canal de comunicación entre ambos.

Benenzon considera que existen diversos tipos de *ISO*: grupales, étnicos y regionales, en los que la identidad sonora depende de los procesos dinámicos de aprendizaje de la propia cultura.

Frecuentemente se asocia la música con la idea de *universalismo*, la consideración de que la música tiene un valor universal, válido en todas las épocas y en todas las culturas. Sin embargo, existe cierta unanimidad entre los

estudiosos, al considerar que el poder de la música está condicionado en gran medida, por el modelo cultural. Sus efectos psicológicos no se deben a la estructura de la música en sí, sino al aprendizaje (subconsciente colectivo, arquetipos). Para producir una respuesta emocional la música debe tener algún significado para quien la oye.

Hasta hace poco tiempo se pensaba que la música clásica resultaba más beneficiosa, al ser considerada por los expertos como "*buena música*". Se ha comprobado que su efecto es positivo sólo si el paciente la comprende. En 1940, Morey realizó un experimento con una tribu de indígenas africanos haciéndoles escuchar música de Handel, Schubert y Wagner para conocer sus reacciones. Según ellos esa música no expresaba ninguna emoción y no les sugería nada. Lo que ocurría en realidad era que habían aprendido una música diferente.

Sin embargo el ISO *universal* es una identidad sonora que identifica a todos los seres humanos independientemente de sus contextos sociales, culturales, históricos, y psicofisiológicos particulares. Se refiere al latido cardíaco, los sonidos de inspiración y expiración, o la voz de la madre en los primeros momentos del nacimiento.

Indicaciones:

La acción beneficiosa que la música ejerce abarca dos campos: El terapéutico y el preventivo.

En el ámbito personal accedemos a la música con diferentes finalidades. Puede utilizarse como un eficaz método de distracción, para aumentar la concentración mental o el bienestar, facilitar el trabajo intelectual, evitar la soledad, o bien como fuente de placer.

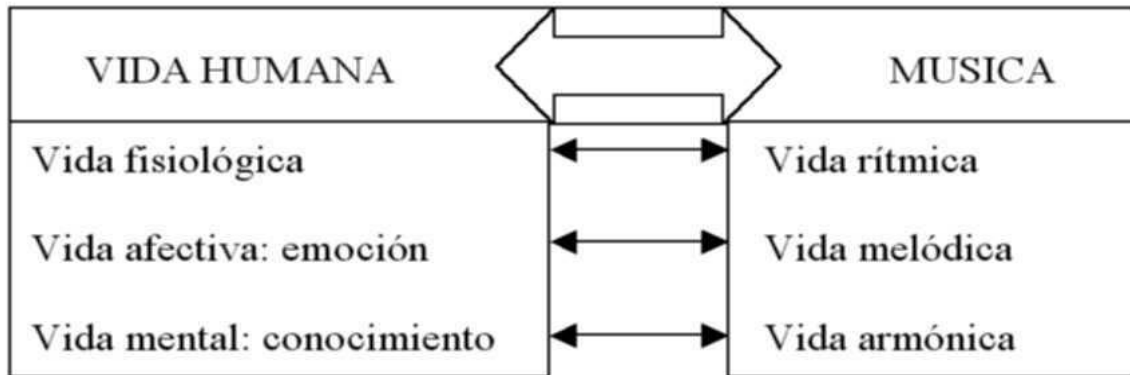
Desde un punto de vista terapéutico, la música está indicada para aumentar o estimular el movimiento, reducir la actividad, aliviar o distraer el dolor y disminuir los niveles de ansiedad y estrés.

- La música es una forma de lenguaje simbólico que por su forma y estructura permite la expresión de las emociones, facilita el equilibrio emocional, mejora la percepción y la motricidad así como la afectividad en los niños.
- La comunicación a través de la música es más profunda e inmediata que la palabra lo que le confiere un alto poder socializador. Permite así superar bloqueos en la comunicación a nivel social: timidez, mutismo, temor al contacto, dificultad de expresión.
- Los niños más problemáticos responden al estímulo musical más que a cualquier otro tipo de estímulo.

- Como medio de expresión puede sustituir a la comunicación verbal por lo que se utiliza como medio para llegar al mundo cerrado de niños autistas, con niños sordos, niños deficientes mentales, con síndrome de Down, con problemas emocionales o de aprendizaje.
- El ritmo está indicado en los tratamientos psicomotrices de minusvalías o deficiencias físicas por su capacidad de inducir a la acción. Los estímulos rítmicos provocan respuestas psicofisiológicas sobre el ritmo cardíaco, la respiración y el encefalograma, aumentando el rendimiento corporal y el riego sanguíneo cerebral.
- Cualquier actividad rítmica de movimiento o instrumental, facilita la integración de una persona en un grupo, siendo el ritmo el vínculo de unión.
- Muchos hospitales utilizan la música clásica en las Unidades de Cuidados Intensivos con pacientes que han sufrido un Infarto de Miocardio al ser considerado como parte del proceso de recuperación por sus efectos relajantes.
- Ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los problemas del sueño crónico y en los tratamientos contra el dolor, la llamada audioanalgesia. Se ha demostrado su efectividad para aumentar el nivel de resistencia al dolor.
- Se está empleando en pacientes en situación terminal en unidades de Cuidados Paliativos.
- En los tratamientos psiquiátricos de las neurosis y psicosis constituye una ayuda esencial así como en las terapias de apoyo en los tratamientos de alcoholismo y drogadicción.
- En geriatría es considerada una válvula de escape para personas mayores que viven en asilos.
- Se está introduciendo en instituciones penitenciarias con el fin de paliar los problemas de conducta e inadaptación social de los presos confinados en ellas.

Técnicas terapéuticas

La estructura de la música es un reflejo fiel de la estructura y el orden que existe en el mundo. Edgar Willems en su obra "*El valor humano de la educación musical*", relaciona los elementos de la música con la vida humana estableciendo el siguiente paralelismo:



La explicación reside en la fisiología de la audición.

Sabemos que el nervio auditivo no transmite de forma directa el sonido desde el oído interno al cerebro. Los estímulos sonoros pasan antes por el *bulbo raquídeo*, desde donde se transmiten al *diencefalo*, y pasan a la *corteza cerebral* finalmente.

En función de cómo estén definidos los elementos musicales, melódicos, armónicos y rítmicos, su combinación y la prevalencia de unos u otros, así serán las reacciones que provoque a nivel fisiológico y emocional. Sin embargo, la misma audición musical no produce la misma reacción en personas con características similares debido al gusto musical, el estado anímico del momento, el ritmo biológico, las preferencias y las expectativas de cada persona. Tampoco el placer que pueda producir es homogéneo.

Existen distintas técnicas de terapia según predomine uno u otro componente:

Ritmoterapia: La audición sensorial se percibe a nivel bulbar, donde residen las reacciones físicas.

Meloterapia: Audición cuyo mensaje es afectivo, estaría localizada en el diencefalo, lugar de las emociones

Armonoterapia: La audición armónica es más intelectual. Requiere la participación de la corteza, es más compleja, más evolucionada. Implica mayor actividad psíquica y mental.

El Ritmo

El ritmo es el elemento menos musical de la música, el más primitivo. Es una forma de energía, el factor principal de la organización de las relaciones del tiempo y regulador de las relaciones físico-intelectuales. Se le considera integrador de la personalidad, da seguridad en uno mismo, permite desarrollar el sentido estético del movimiento y la sensibilidad porque confiere simetría y equilibrio.

Ayuda a sincronizar movimientos y estimula la vida fisiológica. Los ritmos lentos disminuyen la frecuencia cardíaca, tranquilizan y adormecen, mientras que los rápidos elevan el pulso y la respiración entre otros efectos biológicos.

Por consiguiente se seleccionan audiciones eminentemente rítmicas para activar el movimiento, la coordinación y establecer un canal de comunicación no verbal.

La Melodía

Influye de forma directa en la vida emocional y en la sensibilidad de la persona, enriqueciendo la vida afectiva en todas sus manifestaciones anímicas. Es el componente que posee mayor riqueza de sonido musical.

Desde el punto de vista psicológico, la audición musical con fines terapéuticos debe tender a los contenidos melódicos.

La melodía está fundamentada en la tonalidad. La altura tonal y la intensidad de sonido tienen gran importancia psicológica. Cualquier melodía puede perder toda su belleza si se interpreta a un volumen demasiado alto. El nivel de intensidad es individual.

La Armonía

Los estudios realizados sobre la influencia que ejercen determinados acordes sobre el estado anímico y fisiológico concluyen que los acordes *consonantes* parecen simbolizar conceptos como orden, equilibrio, reposo, mientras que los acordes *disonantes* irían asociados a inquietud, deseo, preocupación y agitación.

En música el tiempo es importantísimo, ya que de él depende el efecto sedante o relajante que pueda tener. La velocidad con la que se ejecuta una partitura, influye en la reacción provocada, por su estrecha vinculación con el ISO. Si se canta una canción de cuna aceleradamente, pierde su valor sedante por mucho que su melodía continúe siéndolo. Las canciones de cuna tienen características comunes en todo el mundo. Lo más significativo es un ritmo regular y monótono que provoca una reacción relajante y adormecedora. Se ha comprobado que la entonación de esas canciones sin palabras, con el murmullo de la voz, es el mejor tratamiento para los trastornos del sueño en los niños.³²

³² Almansa Martínez, Pilar. La terapia musical como intervención de enfermería. EG [Internet]. 2003 Mayo [acceso 17 de Abril de 2014]; (2):[1-8]. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/23914/1/665-3093-2-PB.pdf>

5.- METODOLOGIA

El pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia elaborara un Proceso Atención de Enfermería enfocado a una joven deportista de lucha olímpica que ha presentado múltiples lesiones, (fractura de rodilla, luxación de hombro, esguinces y conmoción) a lo largo de su vida deportiva.

El desarrollo del Proceso Atención de Enfermería se basara en la teoría de Dorothea Orem aplicando su modelo de atención y planeando intervenciones específicas.

El lugar donde se realizó el Proceso Atención de Enfermería fue en el ex reposo de atletas y se complementó en el área de Dirección de Medicina del Deporte perteneciente a la Dirección General de Actividades Deportivas y Recreativas (DGADyR) de la U.N.A.M.

El día viernes 4 de octubre del año 2013 se realizó la valoración a 30 deportistas del equipo del deporte de Lucha Olímpica, que practica en el ex reposo de atletas de la U.N.A.M.

Mediante la revisión de los datos obtenidos del equipo de lucha, revelaron que anteriormente la deportista había sufrido diversas lesiones durante su vida deportiva, así que se decidió hacer la selección del caso por interés propio, ya que además, desde la realización de mi servicio social la deportista acudió a consultoría en demasiadas ocasiones, de esta forma fue la inquietud del saber cuál es el motivo por el que se lesionaba muy seguido.

El día lunes 7 de octubre del año 2013 se realizó la historia clínica a la deportista como fuente directa para la obtención de los datos, complementando con la entrevista personal.

Para la obtención de datos se utilizó la fuente directa como es la historia clínica, la fuente indirecta fue la recavacion de información para tener un marco teórico conceptual que fundamente todas las intervenciones.

6.- PRESENTACION DEL CASO

6.1 Descripción genérica de la persona

El día lunes 7 de octubre del año 2013 en el ex reposo de atletas de la Universidad Nacional Autónoma de México realice la valoración a través del interrogatorio directo a la deportista Jatziri Esmeralda N. T. obteniendo los siguientes datos:

Nombre: Jatziri Esmeralda N.T. Género: Femenino Fecha de nacimiento: 12/05/1990 Edad: 23 años Peso: 57.2 kg Talla: 159 cm Deporte: Lucha olímpica Categoría en la que compite: 55 kg Antigüedad en el deporte: 2 años Días a la semana que practica: 5 días Horas por semana que practica: 15 horas Estado civil: Soltera Escolaridad: Licenciatura Ocupación: Instructora deportiva

6.2 Antecedentes generales de la persona

Femenino de 23 años de edad que reside en Avenida Santa Lucia 810 colonia Olivar, delegación Álvaro Obregón, hace un año finalizo sus estudios de licenciatura en la facultad de filosofía y letras de la U.N.A.M., practica el deporte de lucha olímpica desde hace dos años, el día 7 de Noviembre del año 2013 se presentó en la dirección de medicina del deporte para una evaluación morfo funcional, con el objetivo de conocer su estado de salud.

Al realizar la historia clínica, la joven manifiesta antecedentes personales neoplásicos ya que presento un tumor ovárico a los 16 años el cual se desintegra a base de estrógenos durante dos meses.

Antecedentes heredofamiliares: Madre con enfermedad de la tiroides, padre con obesidad, abuelos paternos con enfermedades cardiacas, diabetes y obesidad, abuelos maternos con hipertensión arterial y diabetes, tíos con diabetes, cáncer y obesidad.

Antecedentes gineco-obstetricos: Menarca a los 12 años, presenta flujo escaso, inicio su vida sexual a los 16 años, ha tenido 5 parejas sexuales y no presenta infecciones de transmisión sexual, no ha presentado embarazos ni abortos.

7.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración por requisitos

Mantenimiento de un aporte de aire suficiente

La joven refiere fumar un cigarro cada semana y convivir con personas que fuman.

Mantenimiento de un aporte de agua suficiente

Refiere consumir aproximadamente entre 2100 y 2500 ml de agua natural al día, antes del entrenamiento refiere consumir de 250 a 500 ml de líquidos, durante, de 250 a 500 ml y después del entrenamiento entre 1100 y 1500 ml. Refiere consumir bebidas alcohólicas (2 botellas de cerveza) con una frecuencia de una vez al mes y bebidas que contienen cafeína con una frecuencia de una taza al día, refiere no consumir bebidas estimulantes.

Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

Refiere no presentar alguna dificultad para masticar o deglutir los alimentos, no sigue algún régimen alimenticio, refiere no consumir algún tipo de suplemento o complemento alimenticio además de que su estado de ánimo no influye en su alimentación.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

Refiere orinar tres veces al día con una característica transparente, no presenta sangre, ardor, dificultad, comezón o dolor, refiere evacuar dos veces al día, al realizarlo no presenta cólico, dolor, malestar o diarrea, su ciclo menstrual es irregular.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Trabaja de instructora deportiva, refiere trabajar cuatro días a la semana con una duración de dos horas por día, refiere dormir ocho horas y no realizar alguna siesta, al despertar no se siente descansada, no realiza algún método para conciliar el sueño, no presenta sonambulismo pero si presenta insomnio.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana

Es soltera, vive con padres y hermanos, la relación con su familia la considera muy buena, sin embargo sus familiares no se involucran en las competencias que participan, considera que es buena la relación con el equipo deportivo, el rango de edad de su grupo de amigos es de entre 21 y 35 años de edad.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos

Presenta esquema de vacunación completa, tiene buen aseo personal y no presenta micosis, tiene riesgo de lesión por la práctica del deporte de contacto. No consume drogas, ni tampoco las ha probado alguna vez.

Normalidad

Edad de menstruación a los 12 años, después de haber iniciado la vida deportiva ha notado cambios en la cantidad de sangrado ya que refiere que ha disminuido, no utiliza métodos anticonceptivos, ni tampoco utiliza alguna medida para prevenir ETS, durante dos meses utilizo el DIU sin embargo decidió por interés propio ya no seguir utilizándolo. No ha presentado algún embarazo, ni abortos, ni cesáreas.

Presenta alergia al cloro, ha presentado diversas lesiones a lo largo de su vida deportiva.

| | Parte afectada | Izquierdo o Derecho | Antigüedad | Tratamiento | Rehabilitación |
|------------|---------------------------------|--|--------------------------|----------------|----------------|
| Fracturas | Rodilla | Izquierda | 3 años | Si | No |
| Luxaciones | Hombro | Derecho | 1 año | Si | Si |
| Esguinces | -Codo -Tobillo -Clavícula | Izquierdo Izquierdo y Derecho Izquierdo | 2 años 1 año 1 año | Si Si No | No No No |
| Conmoción | | | 1 mes | Si | |

El día jueves 10 de abril de 2014, presento un esguince de tobillo izquierdo de segundo grado, siendo esta su más reciente lesión.

Refiere que al estar practicando su deporte y al saltar, sufre una torcedura de tobillo izquierdo, quedando inmóvil en el tapiz, la deportista refiere que en ese momento sintió mucho dolor y presentaba inmovilidad del tobillo, inmediatamente se procedió a implementar el método HICER, después de 20 minutos, la deportista presento edema y dolor que compromete la movilidad de su pie, al verificar los signos y síntomas se llega al diagnóstico de un esguince de tobillo izquierdo de segundo grado y se procede a implementar una férula para inmovilización, así como la ministración de medicamentos antiinflamatorios y analgésicos.

7.2 Análisis de estudio de laboratorio y gabinete

Espirómetros

| Capacidad y volúmenes Pulmonares | Valores reales | Valores ideales | % entre valor real e ideal |
|----------------------------------|----------------|-----------------|----------------------------|
| Capacidad vital forzada (L) | 3.60 | 3.49 | 103 |
| FEV 1 (L) | 3.10 | 3.05 | 100.33 |
| FEF 25 – 75% (L) | 3.10 | 3.65 | 85 |

Observaciones: Normal; Capacidad y flujos pulmonares adecuados para edad, sexo y deporte.

Ergometría

| | |
|---|-------------------|
| Tiempo total de la prueba | 18.1 seg |
| Frecuencia Cardíaca Máxima Alcanzada | 179 por minuto |
| Frecuencia Cardíaca Máxima Teórica | 197 |
| % FC máxima teórica | 90.86 |
| Alcanzó un consumo máximo de oxígeno de | 47.19 ml/kg/min |
| Su consumo de oxígeno ideal es de | 50 – 55 ml/kg/min |
| Reducción funcional aeróbica de | 10.11 |
| Respuesta cronotrópica | 8.0 |
| Respuesta presora | Adecuada |
| Índice de eficiencia miocárdica | 6.10 |
| Trazo electrocardiográfico | Negativo |

La prueba se suspendió por: Fatiga muscular

Prueba de esfuerzo con protocolo de Pugh, máxima por FC (90.86%).

Máxima por tolerancia al ejercicio (escala de borg 19).

Trazo de esfuerzo sin datos de cardiopatía.

Capacidad aeróbica adecuada para su edad y sexo.

Reducción funcional aeróbica de 10.11%

Inadecuada para la antigüedad y etapa de entrenamiento.

Respuesta presora y cronotrópica normales.

Recuperación adecuada con 96 lpm al minuto 10.

Adaptación cardiovascular óptima.

Electrocardiografía

Frecuencia cardíaca en reposo: 48 lpm Ritmo: Sinusal Trazo: Normal en deportista

Diagnóstico: Bradicardia y Arritmia sinusal, Trastorno en la repolarización

Antropometría

| Parámetros | Actual | | Fase 1 | | Fase Final | |
|----------------------|--------|-------|----------------------|-------|------------|-------|
| | Kg | % | Kg | % | Kg | % |
| Peso | 57.20 | | 58.97 | | 58.97 | |
| Masa grasa | 9.26 | 16.19 | | 18.00 | | 18.00 |
| Excedente de grasa | | | -1.03 | | -1.03 | |
| Masa muscular | 26.82 | 46.88 | | 46.00 | | 46.00 |
| Déficit muscular | | | 0.51 | | 0.51 | |
| Masa corporal activa | 47.94 | 83.81 | IMC: 22.57 | | | |
| Masa ósea | 9.11 | 15.92 | Calificación: Normal | | | |
| Masa visceral | 12.01 | 21.00 | | | | |

Somatotipo: Mesomorfica Endo: 2.72 Meso: 4.26 Ecto: 1.67

Diagnóstico de somatoscopia: Geno recurvatum GII, geno valgo GI y talo valgo GI.
Diferencia de circunferencia de brazo derecho de 5mm. Plantoscopia: Normal

Pruebas bioquímicas

| Pruebas | Valores | Unidades | Valores normales |
|---------------|---------|----------|-----------------------|
| Hemoglobina | 15.2 | gr/dl | 13.5 – 17.59 normales |
| Hematocrito | 45 | % | 40 – 49.59 normales |
| Glucosa | 79 | mg/dl | 70 – 100 normales |
| Colesterol | 168 | mg/dl | 80 – 180 normales |
| Triglicéridos | 62 | mg/dl | 40 – 150 normales |
| Ácido Úrico | 4.3 | mg/dl | 1.4 – 5.59 normales |

Todos sus resultados dentro de los rangos normales.

7.3 Jerarquización de los problemas

De acuerdo a los datos obtenidos de la deportista se encontraron las siguientes alteraciones:

- En normalidad, la deportista presentó un esguince en el tobillo izquierdo de segundo grado, siendo esta su más reciente lesión.
- En la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos, la deportista presenta riesgo de lesiones por la práctica de deporte de contacto.
- En mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, la deportista presenta insomnio.
- En mantenimiento de un aporte de aire suficiente, la deportista refiere convivir con personas que fuman.

7.4 Diagnósticos de enfermería

Diagnósticos reales

- Dolor agudo relacionado con malestar e incapacidad para el apoyo y limitación de la movilidad independiente manifestado por edema y equimosis secundarios a inversión forzada del tobillo izquierdo.
- Insomnio relacionado con estrés manifestado por bostezos y expresión verbal de agotamiento.

Diagnósticos de riesgo

- Riesgo de lesión deportiva relacionado con características propias del entrenamiento de combate y dismorfismos (Geno recurvatum GII, geno valgo GI y talo valgo GI).
- Riesgo de alteración pulmonar relacionado con la frecuente convivencia con fumadores.

Diagnostico potencial

- Potencial para la pronta recuperación e incorporación a su actividad deportiva.

7.5 PLANEACION DE LOS CUIDADOS (INTERVENCIONES)

| Requisito alterado: Normalidad | | | | |
|--|--|--|---|---|
| Diagnostico | Objetivos | Intervenciones | Fundamentación | Evaluación |
| Dolor agudo relacionado con malestar e incapacidad para el apoyo y limitación de la movilidad independiente manifestado por edema y equimosis secundarios a inversión forzada del tobillo izquierdo. | <p>Enfermería:</p> <p>Erradicar el dolor significativamente, además del edema.</p> <p>Disminuir la limitación de su movilidad física.</p> <p>Persona:</p> <p>Seguir las instrucciones para que pueda disminuir el dolor y el edema para poder sentirse mejor, además de movilizar su pie para una pronta recuperación.</p> | <p>Aplicación del método HICER (Hielo, Compresión, Elevación, Reposo)</p> <p>Proporcionar una movilización pasiva y después activa lo más pronto posible de acuerdo a su umbral de dolor, 48 horas posteriores a la lesión.</p> | <p>El HICER es la piedra angular de casi todas las lesiones deportivas por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El hielo sirve para ralentizar el metabolismo de los tejidos del área afectada. - La compresión es la manera más sencilla de la diseminación de los fluidos que se acumulan como resultado de la hinchazón y las hemorragias. - La elevación de la parte lesionada reduce los fluidos producidos por la hinchazón. - El reposo de un mínimo de 24 a 48 horas es conveniente para que la parte lesionada no sea sometida a carga. <p>Una pronta movilización estimula la curación de los tejidos lesionados, evita la formación de adherencias en la capsula articular y ayuda a mantener la coordinación y las habilidades relacionadas con el deporte.</p> | <p>En base al método HICER, el dolor y el edema disminuyeron, además de controlarlos; la equimosis fue mínima.</p> <p>A través de los ejercicios realizados la limitación fue desapareciendo.</p> |

Requisito alterado: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

| Diagnostico | Objetivos | Intervenciones | Fundamentación | Evaluación |
|--|---|--|---|--|
| <p>Insomnio relacionado con estrés manifestado por bostezos y expresión verbal de agotamiento.</p> | <p>Enfermería:</p> <p>Erradicar la alteración que está produciendo periodos de insomnio.</p> <p>Mantener un patrón normal de sueño de 6 a 8 horas seguidas de acuerdo a su necesidad.</p> <p>Persona:</p> <p>Seguir indicaciones para que esta alteración no sea un factor que perjudique su salud.</p> | <p>Iniciar técnicas de relajación, mediante la musicoterapia.</p> <p>Determinar el cambio de conducta específico y /o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).</p> <p>Durante la noche se mantendrá tranquilo el entorno, en medida de lo posible.</p> | <p>El uso de técnicas de relajación para fomentar el sueño en las personas con insomnios se ha demostrado que es efectivo.</p> <p>Desde un punto de vista terapéutico, la música está indicada para aumentar o estimular el movimiento, reducir la actividad, aliviar o distraer el dolor y disminuir los niveles de ansiedad y estrés.</p> <p>Las personas expuestas a niveles de ruido experimentan una mala calidad del sueño. El ruido excesivo deteriora el sueño.</p> | <p>La deportista manifestó que a través de la técnica de relajación (musicoterapia) le ha sido más fácil conciliar el sueño y de esta forma ha logrado dormir más horas seguidas, además se observó que disminuyó su agotamiento durante el día.</p> |

| Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida | | | | |
|--|--|---|---|---|
| Diagnostico | Objetivos | Intervenciones | Fundamentación | Evaluación |
| Riesgo de lesión deportiva relacionado con características propias del entrenamiento de combate y dismorfismos (Geno recurvatum GII, geno valgo GI y talo valgo GI). | <p>Enfermería:</p> <p>Enseñar algunas medidas para prevenir lesiones y/o traumatismos.</p> <p>Fomentar el reposo adecuado en sus actividades deportivas.</p> <p>Prevenir la fatiga crónica</p> <p>Persona:</p> <p>Aprender las medidas de precaución para prevenir las lesiones.</p> | <p>Realizar una plática en la que se aborde medidas de prevención como el uso de vendaje adecuado de tobillo, calzado adecuado y un buen calentamiento.</p> <p>Informar sobre la importancia de tener un reposo adecuado.</p> <p>Brindar información para prevenir la fatiga crónica.</p> | <p>El vendaje en ocho del tobillo da más seguridad y previene probables esguinces o reduce el nivel del grado de lesión si este ocurre.</p> <p>Un calzado inadecuado puede originar ampollas, dolencias, esguinces de tobillo y hasta rupturas de los cartílagos de las rodillas.</p> <p>Un buen calentamiento aumenta la movilidad de los músculos, relaja las inserciones musculares, reduce los riesgos de lesiones por sobrecarga.</p> <p>Los músculos no se desarrollan mientras se trabaja sino en las horas siguientes a una rutina. Es también el momento en que el cuerpo recupera sus niveles de energía con glucógeno y grasas. Cuanto más largo sea el ejercicio y más repeticiones se hagan, más tarda el músculo en recuperarse.</p> <p>La fatiga crónica se instala si se sigue entrenando más allá de las fuerzas del cuerpo y favorece las lesiones. Las señales de sobreentrenamiento incluyen una disminución del rendimiento a pesar de sentir que se trabaja duro; dolores, molestias en las articulaciones, tendones o músculos; pérdida de fuerza; hormigueo, las articulaciones se duermen o agotan en exceso; cansancio general; problemas para dormir; tos constante, resfriados y otras dolencias menores.</p> | Mediante la información, la deportista menciona haberle quedado claro el cómo poder prevenir las lesiones y las ha llevado a cabo en entrenamientos y competencias oficiales con buenos resultados. |

| Requisito alterado: Mantenimiento de un aporte de aire suficiente | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Diagnostico | Objetivos | Intervenciones | Fundamentación | Evaluación |
| Riesgo de alteración pulmonar relacionado con la frecuente convivencia con fumadores. | <p>Enfermería:</p> <p>Enseñar a la deportista los riesgos del tabaco</p> <p>Persona:</p> <p>Aprender las medidas para la prevención de alguna enfermedad respiratoria,</p> | <p>Realizar pláticas sobre el riesgo del consumo del tabaco.</p> <p>Informar que con la frecuente convivencia con fumadores se corre el mismo riesgo de padecer alguna enfermedad respiratoria que un fumador.</p> | <p>El consumo del tabaco puede provocar problemas cardiovasculares, como hipertensión arterial y riego sanguíneo deficiente en las piernas. Cáncer de pulmón, la boca, la laringe, el riñón y el cuello uterino, además de problemas durante el embarazo.</p> <p>Existen suficientes evidencias para afirmar que estar expuesto al humo del tabaco es una causa de cáncer de pulmón en no fumadores. El riesgo se incrementa en un 20% para las mujeres y en un 30% en el caso de los hombres. Se ha demostrado que la exposición al humo está frecuentemente asociada con enfermedades coronarias. Los fumadores pasivos tienen un riesgo incrementado de infarto entre un 25 y 35%. El humo del tabaco puede ser una causa en el desarrollo de enfisema y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en adultos no fumadores.</p> | Debido a la falta de tiempo y a las múltiples actividades que la deportista realiza, no se pudieron llevar a cabo las intervenciones planeadas. |

| Requisito alterado: | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Diagnostico | Objetivos | Intervenciones | Fundamentación | Evaluación |
| Potencial para la pronta recuperación e incorporación a su actividad deportiva. | Concientizar para que la deportista cumpla con las indicaciones de tratamiento y reposo. | Dar orientación de forma verbal para que no deje de lado su estado de salud por la práctica deportiva. | Debido a la competitividad que existe a nivel profesional, los deportistas anteponen su actividad al hecho de preservar su salud. | La deportista entendió que su salud es lo más importante para poder desempeñar su actividad deportiva al 100%. |

7.6 Ejecución: Registro de las intervenciones

| Fecha | Hora | Actividades | Se realizo |
|----------------------------------|---------------|--|------------|
| Lunes 14 de octubre del 2013 | 13:30 – 15:00 | Observar el tipo de entrenamiento que se lleva a cabo en la lucha olímpica. | Si |
| Miércoles 16 de octubre del 2013 | 13:30 – 15:00 | Observar las actividades personales que la deportista realiza durante el entrenamiento. | Si |
| Lunes 21 de octubre del 2013 | 13:30 – 14:00 | Brindarle una plática sobre las diferentes lesiones que se pueden presentar en los deportes de contacto y la manera de poder prevenir dichas lesiones. | Si |
| Miércoles 23 de octubre del 2013 | 13:30 - 14:00 | Mostrarle un adecuado calentamiento antes del entrenamiento y un adecuado estiramiento posterior al entrenamiento, para evitar algún tipo de lesión. | Si |
| Viernes 25 de octubre del 2013 | 14:00 – 14:30 | Brindarle información acerca de la importancia del reposo, para prevenir la fatiga crónica o lesiones por sobreentrenamiento. | SI |
| Lunes 28 de octubre del 2013 | 14:00 – 14:30 | Conocer el motivo del estrés que le genera el insomnio. | Si |
| Miércoles 30 de octubre del 2013 | 13:00 – 14:00 | Proponer un calendario en el cual señale las actividades que requieren mayor importancia para evitar un estrés por demasiadas actividades a realizar. | Si |
| Lunes 4 de noviembre del 2013 | 13:30 – 14:00 | Brindarle el conocimiento acerca de técnicas de relajación, como la musicoterapia, para poder conciliar el sueño. | Si |
| Martes 5 de noviembre del 2013 | 13:30 – 14:00 | Conocer la edad de inicio del consumo de tabaco y la razón por la cual lo consume. | No* |
| Jueves 7 de noviembre del 2013 | 14:00 – 14:30 | Brindarle información sobre las diferentes enfermedades por el consumo de tabaco. | No* |
| Viernes 8 de noviembre del 2013 | 14:00 – 14:30 | Mostrarle imágenes sobre las consecuencias del consumo del tabaco. | No* |

*No se pudieron llevar a cabo las intervenciones debido a las múltiples actividades de la deportista y el limitado tiempo que disponía.

8.- PLAN DE ALTA

Debido al poco tiempo que se pudo estar con la deportista, no se pudieron llevar a cabo todas las intervenciones planeadas, sin embargo manifestó un gran cambio en algunos hábitos que ella no realizaba, mostro un gran interés en aprender dichas intervenciones y se logró el hecho de que la deportista manifestara tener un mejor descanso al dormir y durante un mayor tiempo del que lo hacía anteriormente.

Así mismo refirió estar consciente de que durante algún momento de su vida deportiva no conocía los riesgos de su deporte, ni las diferentes maneras de poder prevenir las lesiones, manifestó que con las indicaciones que se le brindaron sobre la prevención de los riesgos y sobre la importancia del reposo, le ha ayudado a mejorar su estado físico.

Una recomendación para el tratamiento de alguna lesión y para la pronta recuperación es a través del método HICER, el cual se debe de aplicar los dos primeros días de ocurrida la lesión.

Al tercer día se puede continuar con la rehabilitación integral de la deportista, se realizan contrastes (frio, calor), posteriormente se aplica calor húmedo a través de compresas, acompañadas por ondas de ultrasonido, se inicia la movilización activa asistida y a la recuperación de la propiocepcion.

Los días cuarto y quinto se puede realizar la rehabilitación en su hogar.

En el sexto y séptimo día se inicia una movilización activa libre, así como ejercicios de fuerza.

En el octavo y noveno día se puede empezar con ejercicios de resistencia y cardiovasculares, además de implementar un programa de flexibilidad, estos ejercicios terminan cuando la deportista sea capaz de entrenar con normalidad, que en promedio es entre el catorceavo y quinceavo día.

Recomendaciones para su entrenamiento:

- Incluir un calentamiento de 15 a 20 min para evitar el desarrollo de lesiones músculo-tendinosas.
- Aumentar su trabajo aeróbico ya que es básico para conservar su rendimiento deportivo y presentar una buena recuperación.
- Ajustar sus cargas de trabajo de fuerza muscular de acuerdo a lo referido en antropometría para lograr un desarrollo armónico, simétrico y apropiado a las exigencias de su deporte.

- Su fase de enfriamiento deberá incluir ejercicios de flexibilidad (de 15 a 20 min) para evitar el desarrollo de lesiones músculo-esqueléticas.

- Mantener un equilibrio entre su entrenamiento, periodos de descanso (al menos 8 horas de sueño) y fases recuperación para evitar el desarrollo de un síndrome de sobreentrenamiento.

- Considerar que la actividad física no debe suspenderse por más de 72 horas ya que en éste tiempo se inicia la pérdida de los efectos del entrenamiento.

CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería constituye una experiencia muy gratificante y a la vez muy exigente para el pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia, sin embargo para con la deportista se contribuyó a su atención de enfermería tratando de resolver los problemas alterados que se identificaron.

Así mismo este proceso es el inicio de un camino en el cual, se perfila a una perfección en la realización de esta actividad, de manera más dinámica y fácil, con el fin de brindar una atención de enfermería de calidad para con la deportista, no olvidando que en este caso la persona pone en nosotros su confianza y esperanza, sin importar que sea un estudiante o un profesional, el solo hecho de portar un uniforme, con elegancia y gallardía, en especial el uniforme de la ENEO, hace que la comunidad te identifique, y coloquen en ti sus ilusiones relacionadas con su salud.

Durante la realización de este proceso, me ha dejado una enseñanza muy importante, esa que no se aprende en la escuela, es esa que se aprende día con día en el trabajo; el hecho de trabajar con deportistas que aparentemente son personas sanas y ver la enfermería desde otro enfoque, no solo a nivel hospitalario, y darse cuenta que sin importar el lugar y circunstancia donde estén son seres llenos de vida y con un gran amor y dedicación de dar y recibir.

BIBLIOGRAFÍA

- **ALBANELL**, M., **DÍAZ**, E., **TRAMULLAS**, A.: Protocolo lesional. Temporada 93/94. Liga A.C.B. Asociación Española de Médicos de Baloncesto. Barcelona. 1994.
- **AYÁN**, Carlos, Molina, Antonio. “Efecto de una modificación reglamentaria en la incidencia de lesiones en lucha leonesa”. Apunts: Medicina de l’Sport, 2010, N 45(165),17-22.
- **CARPENITO**, Lynda Juall. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 14° ed. Madrid: Wolters Kluwer Health; 2013. p.21
- **COLLIERE**, Marie, “*Promover la vida*” 1993, p. 233 y 234.
- **FERNÁNDEZ**, Carmen, Novel, “El Proceso Atención de Enfermería, estudio de casos”. Ediciones Científicas y Técnicas. 1993. Barcelona, España. 1993, p. 4 y 5
- **GARNES**, Ros, Alicia, et at. “Lesiones musculares de lucha y su relación con las técnicas de lucha”. Lecturas: educación física y deportes, 2005, N 80., ISSN-e 1514-3465.
- **IYER** Patricia, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw -Hill. 1997. p.11.
- **IYER**, Patricia; Proceso y diagnóstico de enfermería; Ed. Interamericana, ed 2°. p.13
- **JIMÉNEZ** de Esquenazi, y E. Gutiérrez De Reales. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Orion editores Ltda. Bogotá. 1997. p.17
- **KEROVAC** Suzanne. Et. Al. “Grandes corrientes del pensamiento”, Teorías y modelos de enfermería. Ed Masson, Barcelona, España, 1996, p. 147-149
- **OREM**, Dorothea E. Modelo de Orem. 4° ed. Barcelona: Manson – Salvat enfermería; 1993. p. 63
- **RODRÍGUEZ** G. María Cristina, Soledad Echegoyen Monroy, Lesiones en el fútbol, Ed Dirección general de publicaciones y fomento editorial; México, D.F., p. 85-96
- **TÉLLEZ** S. García M. Modelos de cuidados en enfermería nanda, nic y noc. Ed. México: Mc Graw Hill; 2012: p. 1-7

Fuente referida

- Almansa Martínez, Pilar. La terapia musical como intervención de enfermería. EG [Internet]. 2003 Mayo [acceso 17 de Abril de 2014]; (2):[1-8]. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/23914/1/665-3093-2-PB.pdf>

- FILA, Federation Internationale des LutesAssociés, “Raíces e Historia de la Lucha olímpica” www.fila-wrestling.com, 2010.
- Nadia Carolina Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010 Septiembre [acceso 06 de marzo de 2014]; (17): [18-23]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
- Pedro M.M., Luis T.T. Epidemiología de las lesiones en el baloncesto. Archivos de Medicina del Deporte [Internet]. 1988 [acceso 24 de Abril de 2014]; 15 (68): [479-483]. Disponible en: http://femede.es/documentos/Epidemiologia_lesiones_baloncesto_479_68.PDF
- <http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.mx/2013/01/enfermeria-perfil-profesional.html>
- http://www.ehowenespanol.com/cuatro-conceptos-basicos-metaparadigma-enfermeria-lista_150481/#pg=5
- <http://teoriasalud.blogspot.mx/p/dorothea-e-orem.html>
- <http://necesidadeshumanasdelautocuidado.blogspot.mx/2012/08/autocuidado.html>
- http://www.uaemex.mx/universiada2005/notas/Lesiones_mas_comunes_en_los_deportistas290405.pdf
- http://www.psicodeportes.com/articulos/psicologia_deporte/Lesiones_deportivas_importancia_y_prevenicion.pdf
- <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/2014/enero/comunica2.pdf>
- <http://definicion.de/relajacion/>

ANEXOS

No.1



Universidad Nacional Autónoma de México

Dirección General de Medicina del Deporte

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Instrumento de valoración

Factores de condicionamiento básico

Nombre: Jatziri Esmeralda N.T. Edo. Civil: Soltera Escolaridad:
Licenciatura Ocupación: Instructora deportiva

Requisitos universales

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

¿Padeces o has padecido enfermedades crónicas respiratorias? Si__ No x

Observaciones: _____

¿Presentas dificultad para respirar? Si__ No x

_Durante la actividad deportiva

_Durante actividades físicas o cotidianas

dormir

comer

_Otro _____

_AI

_AI

¿Usted ronca? Si__ No x Observaciones: _____

¿Fumas? Si x No__ Observaciones: _____

¿Convives con personas que fuman? Si x No__ Observaciones: _____

¿Vives cerca de una zona industrial que afecte la calidad de aire? Si__ No x

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

¿Qué cantidad de líquidos consumes al día? 1-2 vasos__ 3-4 vasos__ 5 o mas x

¿Sabes que cantidad de agua debes de tomar al día? Si x No__

¿Durante el día que cantidad aproximada de líquidos tomas? 2100 – 2500 ml

¿Con que tipo de líquido te hidratas durante el entrenamiento? Agua natural

¿Aproximadamente que cantidad de líquidos ingiere antes, durante y después del entrenamiento? Antes: 250–500 ml, Durante: 250–500 ml, Despues:1100–1500 ml

¿Consumes bebidas alcohólicas? Si x No__ Frecuencia 1 vez al mes

¿Consumes bebidas que contienen cafeína? Si x No__ Frecuencia 1 vez al día

¿Consumes bebidas estimulantes? Si__ No x Frecuencia _____

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

¿Cuántas veces a la semana consumes el siguiente tipo de alimentos?

Fritos 2 Asados 3 Capeados no Cocidos 3 Al vapor 3

¿Tomas algún suplemento y/o complemento alimenticio? Si__ No x

¿Cuál? _____ Frecuencia _____ Cantidad _____

¿Tomas algún medicamento? Si__ No x

¿Sigues algún régimen alimenticio en especial? Si__ No x

¿Tu peso ha sido constante en los últimos meses? Si__ No x

Observaciones Bajo de 64 a 57 kilos

¿Tienes alguna dificultad para masticar y deglutir tus alimentos? Si__ No x

¿Tu estado de ánimo influye en tu alimentación? Si__ No x

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

¿Cuántas veces al día orina? 3 veces

Características: Transparente, regular en cantidad

Predominio: D x N _____

Al orinar presentas:

- Flujo Si__ No x

- Sangre Si__ No x

- Ardor Si___ No_x
- Dificultad Si___ No_x
- Comezón Si___ No_x
- Dolor Si___ No_x
- Sensación de seguir orinando Si___ No_x
- Otro _____

¿Cuántas veces evacuas al día? 2 veces

Características: constante

Al defecar presentas:

- Cólico Si___ No_x
- Dolor Si___ No_x
- Malestar Si___ No_x
- Diarrea Si___ No_x
- Otro _____

Ciclo menstrual :

Regular _____ Irregular x

Cantidad:

Abundante _____ Moderado _____ Escaso _____ Dismenorrea _____ Amenorrea x

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso

Cuántas horas al día:

¿Trabajas? Si x No___ En que: Instructora deportiva

Horas 2 Dias 4

Estudias 6 horas

Duermes 8 horas Siesta No

¿Al despertar te sientes descansado? Si___ No x

¿Utilizas algún método para conciliar el sueño? Si___ No x ¿Cuál? _____

¿Haz notado que al dormir presentas?

- Pesadillas Si___ No x
- Insomnio Si___ No x
- Sonambulismo Si___ No x
- Otro _____

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Estado civil: Soltera

¿Con quién vives?

- Padre Si x No
- Hermanos Si x No
- Pareja Si No x
- Otros

¿Cómo es la relación con tu familia? Muy
buena x Buena Regular Mala Indiferente

¿Tus familiares se involucran en las competencias en las que participas? Si No x

¿Cómo consideras la relación del equipo deportivo, incluyendo al entrenador?
Muy buena Buena x Regular Mala Indiferente

Ante situaciones difíciles, ¿Cuáles son los mecanismos de defensa que sueles utilizar? Enojo

¿Cuál es el rango de edad de tu grupo de amigos? 21 a 35 años

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.

¿Usas drogas? Si No x ¿Cuál? ¿Las has probado? Si No x

Baño: diario

Cambio de ropa: diario

Cambio de ropa interior: diario

Cepillado dental: 2 veces al día

Cuidado de la piel: Si

Micosis: Si No x Tratamiento

¿Tienes tu esquema de vacunación completa? Si x No

Normalidad

Desde que eres deportista ¿has tenido beneficios de salud con el ejercicio?

Si x No____ ¿Por qué? Cambio de ánimo y en la salud

| Diagnóstico de lesiones | | | | | |
|-------------------------|----------------|---------------------|------------|-------------|----------------|
| | Parte afectada | Izquierdo o Derecho | Antigüedad | Tratamiento | Rehabilitación |
| Fracturas | Rodilla | Izquierda | 3 años | Si | No |
| Luxaciones | Hombro | Derecho | 1 año | Si | Si |
| Esguinces | -Codo | Izquierdo | 2 años | Si | No |
| | -Tobillo | Izquierdo y Derecho | 1 año | Si | No |
| | - Clavícula | Izquierdo | 1 año | No | No |
| Conmoción | | | 1 mes | Si | |

Anexo No.2

Consideraciones Éticas

Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su

profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno;
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

CAPÍTULOS

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPÍTULO II. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPÍTULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

CAPÍTULO IV. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPÍTULO V. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPÍTULO VI. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

- 1.** Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2.** Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- 3.** Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- 4.** Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5.** Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- 6.** Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- 7.** Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- 8.** Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- 9.** Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- 10.** Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.