

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

Lina María Rodríguez Granada y Daniela Gómez Delgadillo

Universidad El Bosque, Colombia

Nota del autor:

Universidad El Bosque

Las autoras manifiestan que la información suministrada es verídica, no se tiene ningún compromiso con alguna entidad sobre su contenido o conflicto de interés y la responsabilidad corresponde únicamente a los autores

Agradecimientos a mi familia, amigos, colegas y asesora por el apoyo brindado

rodriguezlina@unbosque.edu.co y dgomezde@unbosque.edu.co

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

Lina María Rodríguez Granada y Daniela Gómez Delgadillo

Resumen

El primer paso de la intervención para la rehabilitación psicológica de lesión deportiva es la atención al deportista durante las primeras 72 horas después de la lesión. El presente proyecto tuvo como objetivo realizar una propuesta del diseño de protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida por el primer respondiente durante entrenamiento o competencia. El protocolo tiene como objetivo ofrecer una serie de recomendaciones acerca de las acciones que deben tener en cuenta las personas que realizan el rol de primer respondiente en situaciones de lesión deportiva; fue elaborado de acuerdo al modelo de atención en crisis de Hernández y Gutiérrez (2014) y Slaikew (1996), definiendo los momentos de aplicación claves de las lesiones y crisis, condiciones ambientales y contextuales. Mediante el método Delphi se sometió al juicio de diez jueces expertos quienes revisaron el manual a través del protocolo y acerca de aspectos relevantes desde el modelo teórico hasta las instrucciones y ejemplos; posteriormente, cada evaluación realizada por los jueces fue transcrita y analizada mediante los programas SPSS y Atlas Ti.

Palabras clave: Lesión deportiva, Crisis, Atención en Primera Instancia

Abstract

The first step of the intervention for the psychological rehabilitation of sports injury is the attention to the athlete during the first 72 hours after the injury. The objective of this project was to make a proposal for the design of a crisis care protocol for sports injuries, directed by the first respondent during training or competition. The purpose of the protocol is to offer a series of recommendations about the actions that must be taken into account by people who perform the role of first responder in situations of sports injury; was elaborated according to the model of attention in crisis of Hernández and Gutiérrez (2014) and Slaikew (1996), defining the key application moments of the injuries and crises, environmental and contextual conditions. Through the Delphi method, ten expert judges were subjected to the judgment of those who reviewed the manual through the protocol and about relevant aspects from the theoretical model to the instructions and examples; Subsequently, each evaluation carried out by the judges was transcribed and analyzed through the SPSS and Atlas Ti programs

Key words: Sports injury, Crisis, First Instance Care

Introducción

Este es un artículo que se encuentra en construcción para en un futuro hacer la publicación en una revista que aún no ha sido definida. Este artículo corresponde a una tercera fase de una investigación que se viene desarrollando; en la primera fase, se realizó una revisión conceptual sobre la psicología de emergencia, intervención en crisis, los Primeros Auxilios Psicológicos

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente (PAP), diversas guías y protocolos como orientación, se realizó una revisión sobre lesión deportiva y los primeros auxilios psicológicos en psicología del deporte; en la segunda fase, se estableció una estructura para realizar la adaptación conceptual en lesión deportiva y crear el diseño de las recomendaciones de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente, posteriormente, dentro de esta misma fase se realizó una validación por jueces del contenido de este diseño; en la tercera fase, se realizaron los ajustes correspondientes de acuerdo a las recomendaciones de los jueces en el diseño de las recomendaciones para un protocolo, y se añadió la investigación para realizar una diferenciación por sexo en el diseño; en futuras fases, se realizarán los ajustes correspondientes al diseño, así como la adecuación para el protocolo, validación por jueces e implementación, capacitación y entrenamiento.

Un evento crítico, accidente o catástrofe se puede presentar en cualquier parte del mundo y en cualquier momento, ningún grupo de personas está exenta de presenciarlas o ser partícipe de alguna de ellas; pueden llegar a generar sufrimiento, muerte, lesiones físicas, traumas psicológicos y trastorno de estrés postraumático en testigos o sobrevivientes de las crisis, por ello es necesario realizar el montaje de estrategias de intervención y prevención para ayudar a las personas a manejar y sobreponerse a las crisis (Flannery y Everly, 2000).

La crisis se define como un estado temporal de trastorno y desorganización emocional, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para afrontar situaciones particulares, generando un desequilibrio en la persona (Slaikew, 1996; Everly y Mitchell, 2000; Flannery y Evely, 2000).

La lesión deportiva se entiende como un daño físico observable en los tejidos del cuerpo, producido por la transferencia de la energía experimentada o sostenida por un deportista, durante el entrenamiento o competencia y que implica la interrupción de la práctica deportiva (Timka, 2014).

Cuando se presenta una crisis por lesión, los deportistas pueden experimentar estados de ánimo muy intensos que se pueden expresar de diferentes maneras, los cuales dichas reacciones pueden depender de la persona. En ocasiones un mal manejo de dichas reacciones puede generar dificultades a largo plazo relacionadas con un trastorno de estrés postraumático, depresión o ansiedad patológica, entre otras (Kebede y Ratnakar, 2013; Podlog, Wadey, Stark, Lochbaum, Hannon y Newton, 2013).

El abordaje que se ha realizado desde la psicología del deporte en lesión deportiva, ha estado enfocada en variables relacionadas con la rehabilitación de lesión deportiva, generando un mayor auge en la investigación empírica; la mayor parte de estudios se han desarrollado en la implementación de programas psicológicos enfocados en la prevención de lesiones y la rehabilitación de deportistas lesionados mediante estrategias que ayuden en la transición de la recuperación; para realizar un estudio con mayor rigor, es necesario tomar en consideración variables psicológicas, así como el registro de lesiones, gravedad y tipología (Olmedilla, Ortega, Abenza y Boladeras, 2011).

Dentro de los hallazgos de Olmedilla, Ortega, Abenza y Boladeras (2011) se puede observar que en las publicaciones que relacionan psicología y lesiones, la línea de investigación que ha tomado mayor auge es la rehabilitación, a través de estas se ha evidenciado la necesidad que ha tenido el rol del psicólogo durante la rehabilitación de lesiones deportivas; las otras líneas de investigación han sido: consecuencias de la lesión, comparación de los deportistas entre la pre-lesión y la rehabilitación, programas de prevención y de rehabilitación, la percepción sobre la importancia de la lesión en un deportista y la fase previa a la lesión. Esta es una evidencia de la falencia existente en la aplicación de los PAP enfocados en los deportistas, lesión deportiva y la crisis psicológica durante el proceso de rehabilitación de lesión deportiva, ya que esta fase ha

sido poco contemplada dentro de los programas de intervención psicológica encontrados en los estudios analizados por dichos autores.

La evidencia que se tiene desde el campo de la psicología del deporte y la aplicación de los PAP en un ambiente deportivo en Colombia, es una guía de primeros auxilios psicológicos para los Supérate Intercolegiados emitida por Coldeportes (2016), en la cual se presentan la introducción y justificación, las definiciones, algunas preguntas frecuentes que se encuentran relacionadas, cuáles son las fases de los PAP y que no se debe hacer en los PAP; aunque en la guía se expresa la necesidad de generar este tipo de documentos en el deporte, en este mismo no se generan aproximaciones de las fases y eventos al deporte de forma que facilite la aplicación por parte del lector; aunque este es un gran avance, no existe evidencia empírica o un protocolo de los PAP orientado a la atención por lesión deportiva, mucho menos contemplando al primer respondiente como una persona no profesional en psicología.

Guerrero (2001) en su trabajo menciona la importancia de involucrar los agentes sociales como parte de la prevención de lesión, específicamente generando un entrenamiento de los recursos psicológicos y otros en pro del deportista; aunque no menciona los PAP específicamente, indica que el apoyo de familiares y amigos durante el suceso de la lesión ayuda a una buena adaptación de la lesión.

Los comportamientos y actitudes se ven incluidos por lo que el educador, padre o responsable transmite al estudiante, algunas veces de forma no intencional, en el cual se asocian los procesos de comunicación con las señales no verbales para realizar una proyección de la imagen de la persona, en ocasiones se debe realizar una adaptación del entorno socio ecológico en que se encuentre para realizar una acción adecuada (Asensio, 1991); esto sugiere que la forma como el primer respondiente transmite la información a nivel verbal y no verbal tendrá una influencia positiva o negativa sobre el comportamiento del deportista lesionado, y que su

quehacer estará direccionado netamente por el contexto deportivo en el cual se encuentra inmerso.

Cuervo y Sales (2012) elaboraron una guía para familiares o personas que han sido afectadas por crisis o desastres, dentro de ella indican a quien va dirigida la guía, una explicación de una situación de crisis, las reacciones frecuentes, que hacer en el momento del desastre, recomendaciones para los familiares y allegados, la consecuencia del duelo y ante que situaciones pedir ayuda a un profesional; lo relevante de esta guía es que se encuentra dirigida a personas que han sufrido una emergencia pero que al mismo tiempo para que realicen la ayuda a las personas más allegadas, lo cual denominan una guía de autoayuda y orientación, se realiza una diferenciación entre el abordaje que se debe hacer en la atención de acuerdo a la edad y la diferenciación de las reacciones de los niños, adolescentes o adultos que pasen la crisis, aunque no se realiza un paso a paso del procedimiento que se debe realizar.

Carratalá, García y Carratalá (1999) en su investigación resaltan la importancia de los pares y la familia como agentes de socialización claves en la práctica deportiva, en el cual durante la adolescencia tiene mayor influencia los pares.

McPherson, Curtis y Loy (1990) indican que dentro de las ofertas deportivas es importante incluir orientaciones enfocadas en los agentes de socialización, ya que conjunto con un ambiente favorable conlleva a la consecución de niveles de rendimiento alto por parte de los deportistas y facilita la transición de los jóvenes.

Dentro de su investigación Pérez, Cortell, Suarez, Andreu, Chinchilla y Cejuela, (2008) mencionan la importancia de tener un profesional en salud en centros educativos, el cual tenga un efecto preventivo más que de intervención; expone que los docentes, monitores o entrenadores son los encargados de realizar las primeras atenciones al momento de presenta una lesión o accidente por deporte escolar.

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

Frecuentemente, las intervenciones de psicología del deporte se dan cerca de una competición, con escasos medios y en una cercanía temporal; por ello durante una crisis, es vital valorar los recursos disponibles, la viabilidad y los efectos secundarios derivados de nuestra intervención (Nieto y Jara, 2007)

La intervención en crisis se entiende como los primeros auxilios psicológicos urgentes y agudos, los cuales se presentan de forma inmediata, próxima, breve y simple; teniendo como objetivo la estabilización, reducción de síntomas o signos de angustia y restaurar el funcionamiento adaptativo de la persona (Everly y Mitchell, 2000).

Uribe, Gobera y Lopez (2007) por su parte mencionan que la intervención en crisis tiene 3 objetivos principales, los cuales son: regresar al nivel de funcionamiento anterior, enseñar acciones personales y recursos sociales y disminuir el distres psicológico; para dar cumplimiento a estos objetivos, es necesario enseñar a la persona a identificar pensamientos, conductas y emociones, indagar las soluciones alternativas del problema, hacer énfasis en las fortalezas previas de la persona, promover recursos adicionales y brindar información y apoyo para restablecer su equilibrio emocional.

El fin último de los PAP es ofrecer ayuda de forma práctica haciendo énfasis en las necesidades y preocupaciones inmediatas, ofreciendo ayuda o apoyo a aquellas personas que lo necesiten sin forzar u obligar a aquellas que no lo necesitan o desean; para ello, es necesario escuchar a la persona afectada sin sobre estimular hablar del tema, brindar ayuda a la persona centrándose en la calma y psicoeducar en otras actividades; al momento de realizar una atención de asistencia social, se debe dar prioridad a satisfacer las necesidades básicas como lo es el techo, alimento, agua, seguridad, información, abrigo y recibir el apoyo de personas cercanas; buscando tener un impacto en la disminución de la angustia y el estrés, restableciendo el equilibrio biopsicosocial y minimizar la gravedad del trauma. (Montenegro y Cabello, 2018)

Los PAP proporcionan un conocimiento situacional a la víctima y al asesor, de forma que se genere seguridad y un acceso a las víctimas a lo esencial como alimentos, salud, vivienda o agua; por lo cual, el efecto que se busca es reducir los síntomas del estrés y si estos continúan brindar herramientas para buscar vías de tratamiento; por lo anterior, los PAP son acciones que deben realizarse cuando una persona ha experimentado un evento traumático, al usarse en ese contexto la atención o intervención no es considerada como un tratamiento, ya que de ser necesario las acciones ejecutadas deben conducir a vías de tratamiento (Fox, Burkle, Bass, Pia, Epstein y Markenson, 2012).

Contreras (2018) indica que existen cinco principios empíricamente fundamentos para los PAP que facilitan la resiliencia y la recuperación luego de un evento traumático, seguridad, calma, autoeficacia, esperanza y conectividad son vitales para asegurar el apoyo, atención y comodidad a la persona que sufre un trauma.

Los principios básicos en común para los PAP son: (a) la intervención inmediata en la situación en la que se presenta, generalmente es peligrosa emocionalmente para la víctima, (b) la búsqueda de la estabilización de la víctima a través de los recursos y redes de apoyo, brindando herramientas para que la víctima vuelva a su funcionamiento anterior de forma independiente, (c) facilitar el entendimiento del evento ocurrido, recopilando los hechos, escuchando el relato de lo sucedido, fomentando la expresión de emociones difíciles y mostrando comprensión del evento, (d) orientar en la solución de problemas, a través de los recursos disponibles y buscar la mejora del funcionamiento de la víctima, y (e) generar auto-confianza en la víctima, disminuyendo las secuelas del trauma, brindando estrategias prácticas para abordar los problemas derivados y estrategias para restaurar el equilibrio (Flannery y Everly, 2000)

Por su parte, Slaikew (1996) realiza la descripción de cuatro principios clínicos que se deben tener en cuenta para realizar la atención en crisis en primera instancia; el primero es la

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

oportunidad, reduciendo el peligro y aumentando la motivación de la persona afectada a encontrar un nuevo recurso para enfrentar la circunstancia; el segundo son las metas; proporcionando ayuda a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía previo a la aparición de la crisis; el tercero es la valoración, se deben abordar las fortalezas y debilidades de cada sistema que se pudo ver implicado por la crisis; y por último el comportamiento del asistente, en el cual la persona encargada de realizar los primeros auxilios psicológicos de ser activa, directivo y orientada a la consecución de un objetivo, el deportista debe ayudarse a sí mismo tanto como pueda.

Basándose en los cuatro principios, Slaikew (1996), establece cinco dimensiones investigativas de los PAP; la primera es la realización del contacto psicológico, que tiene como objetivo lograr que el paciente se sienta comprendido, aceptado y apoyado, reducir la intensidad emocional de la persona en crisis y la reactivación de las capacidades de solución de problemas; la segunda es la evaluación de las dimensiones o parámetros del problema, que tiene como objetivo dar un orden jerárquico de las necesidades de la persona en crisis; la tercera corresponde al análisis de posibles soluciones, la cual tiene como objetivo identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores; la cuarta dimensión es asistir en la ejecución de la acción concreta, que tiene como objetivo ejecutar soluciones inmediatas, planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas, es decir, dar el mejor paso próximo para solucionar la situación inmediata y la quinta y última dimensión es el seguimiento, en el cual se debe asegurar la información, así como también examinar cuáles son los posibles procedimientos para el seguimiento y establecer un convenio para volver a contactar a la persona.

Hernández y Gutiérrez en 2014 proponen cinco principios básicos prácticos, la aplicación y uso en los PAP; estos son: escucha responsable, transmitir aceptación a la persona afectada, proporcionar empatía y una atmósfera de confianza, proporcionar información y permitir la libre

expresión; de acuerdo con estos principios se derivan ocho dimensiones prácticas de los primeros auxilios.

La primera dimensión es el contacto y acercamiento, tiene como objetivo responder al contacto de la persona o iniciar contacto de forma útil, compasiva y discreta; se deben realizar cuatro pasos: presentarse así mismo, su cargo y realizar una descripción del rol que realiza, pedir permiso para hablar con la persona, explicar que está ahí para ofrecerle apoyo, ayuda y de ser posible, invite a la persona a sentarse, igualmente garantizar su privacidad, prestar atención a la persona afectada y moderar el tono de voz a suave y calmado; lo que no se debe hacer es hablar bruscamente o mostrarse ansioso e invadir el espacio de la víctima. Lo que sí se debe hacer es tener una actitud respetuosa y ser empático (Hernández y Gutiérrez, 2014).

La segunda es proporcionar seguridad y alivio, tiene como objetivo mejorar la seguridad inmediata y continua, y proveer alivio físico y emocional; para esto se debe dar información sobre las actividades y servicios que se van a realizar como respuesta a su crisis, evitando hacer uso de tecnicismos y se debe proveer el acercamiento social (Hernández y Gutiérrez, 2014).

La tercera es la estabilización de las personas que lo requieran, el objetivo es calmar y orientar a las personas afectadas que se encuentran alteradas o emocionalmente abrumadas; es necesario observar señales de desorientación como lo es la mirada perdida o ausente, el orden verbal de las respuestas que generen, realizar un comportamiento no intencionado o reacciones físicas incontrolables, comportamiento de búsqueda desesperada, respuestas emocionales intensas y sentimientos de incapacidad generados por la preocupación derivada de la crisis; se debe pedir a la persona que lo mire y escuche, se debe indagar y descubrir si la persona sabe quién es, dónde está y qué es lo que está sucediendo; lo anterior debe realizarse respetando la privacidad de la persona, si es necesario permítale algunos minutos antes de intervenir y siempre estar disponible

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente para ofrecer apoyo enfocándose en los pensamientos y sentimientos (Hernández y Gutiérrez, 2014).

La cuarta es la recopilación de información, tiene como objetivo identificar las necesidades y preocupaciones inmediatas de la persona, recopilando información adicional para poder adaptar los PAP; es necesario que la persona afectada decida cómo desea y quiere hablar de lo sucedido y no debe presionarlo para dar detalles del trauma, es de suma importancia preguntar sobre el apoyo social a los cuales se pueda contactar para ayudarle a enfrentarse a los problemas desencadenados por el trauma o crisis (Hernández y Gutiérrez, 2014).

La quinta es la asistencia práctica, que tiene como objetivo ofrecer ayuda práctica a la persona afectada teniendo en cuenta las necesidades e inquietudes inmediatas y las posibles soluciones. Se debe desarrollar un plan de acción en el cual se analice qué hacer para atender las inquietudes y necesidades y se tome acción para atender la necesidad de la persona (Hernández y Gutiérrez, 2014).

La sexta es realizar conexión con redes sociales de apoyo, tiene como objetivo ayudar a establecer contactos breves o a largo plazo con fuentes de apoyo primario, incluyendo miembros de la familia, amigos y recursos de ayuda comunitarios, lo que permitirá aumentar o mantener la confianza en sí mismo y sus habilidades (Hernández y Gutiérrez, 2014).

La séptima es proporcionar información sobre el manejo de adversidades, tiene como objetivo proveer información sobre las reacciones de estrés y manejo de adversidades para reducir la angustia y que a su vez se promueva el funcionamiento adaptativo (Hernández y Gutiérrez, 2014).

La octava y última dimensión propuesta por Hernández y Gutiérrez (2014) es establecer enlaces con servicios de colaboración, tiene como objetivo conectar a las personas afectadas con los servicios disponibles que se necesite inmediatamente o en el futuro.

De acuerdo con lo anterior, es notorio que en ambos documentos los pasos son similares, por tal razón, se ha decidido hacer uso de los pasos establecidos por Hernández y Gutiérrez en el año 2014, ya que estos se presentan de forma más práctica; se ha realizado un ajuste y adaptación de estos pasos al contexto deportivo y a las necesidades presentadas por el individuo cuando acaba de lesionarse.

Además de los pasos, Montenegro y Cabello (2018) mencionan la importancia de una etapa de preparación previa a la aplicación de los PAP, esta etapa está constituida por: (a) un entrenamiento previo de los pasos, la aplicación y la forma como se debe realizar, (b) aprender a coordinar con su equipo u otras que se encuentren durante la aplicación de los PAP, (c) aprender a realizar una auto-evaluación sobre las condiciones en las que se encuentra física y emocionalmente la persona a realizar los PAP, (d) informarse a través de una fuente confiable sobre la situación ocurrida y los recursos disponibles con los que cuenta, (e) evaluar la aplicabilidad de los PAP respetando las decisiones y recursos personales con los que cuenta la persona afectada, y (f) identificarse con el nombre la institución a la que pertenece y las razones de su intervención.

Algunas temáticas que son de mayor auge en Colombia por su similitud en el manejo emocional e intervención que se debe realizar son: víctimas por desastres naturales, violencia, delitos sexuales, suicidio, pobreza, desempleo, desmovilización, víctimas de minas antipersonas, secuestros y pacientes con diagnóstico de enfermedades de alto impacto; el conflicto armado ha tomado gran relevancia, por lo cual se dirigen guías y protocolos para prevalecer la expresión emocional, evaluación del daño y principalmente activar las redes de apoyo social de las víctimas, de forma que disminuya la probabilidad de aparición de trastornos psicológicos; (Gantiva, 2010).

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

Bocanegra y Nieto (2010) proponen un modelo de acción dirigida a víctimas de delitos en Bogotá, dentro de este indican que la atención en crisis hace parte de una función primaria de corto plazo, inmediata y urgente; el cual tiene como funciones ofrecer acciones de acogida y de ayuda humanitaria básica, brindando seguridad y atención a la víctima.

Montenegro y Cabello (2018) dentro de su manual indican que al momento de realizar una explicación de una intervención, es importante ir paso por paso, brindando herramientas detalladas sobre cómo utilizarlo, que hacer o decir, que no hacer y decir, presentar de forma didáctica videos demostrativos, indicar el tiempo estimado para cada paso, explicar y enseñar la importancia del lenguaje corporal, la escucha activa y el brindar la intervención cuando la persona afectada lo desee.

Igualmente, realizan una explicación de la técnica de respiración, la forma como se debe aplicar de forma gráfica y fácil de entender para el lector; hacen énfasis en la jerarquización de las necesidades, la necesidad de realizar una intervención de forma breve, resaltando la importancia de las redes de apoyo social para la persona afectada como los familiares y amigos cercanos, brindan ejemplos de frases para decirles y que no decirles al momento de abordarlos; se recalca la importancia de promover estrategias de respuestas positivas ante el estrés, se brinda material sobre que esperar frente a una crisis, cuales son las reacciones emocionales, físicas, interpersonales y cognitivas derivadas de las situaciones de crisis, y se presentan sugerencias para orientar la psicoeducación (Montenegro y Cabello, 2018).

Uribe, Gobera y López (2007) realizan una descripción de la atención psicológica en áreas críticas de un hospital ,en la cual resaltan la importancia de esta intervención para disminuir la angustia por parte de los pacientes y familiares, aplicaron el modelo de intervención de Roberts, el cual consta de seis pasos que implicaba: establecimiento de rapport, identificación del

problema principal, escucha empática y validación de emociones, explorar y generar alternativas, desarrollar un plan y dar un seguimiento luego de la hospitalización.

La Cruz Roja Americana ofrece a la comunidad una preparación en los PAP para y durante los desastres que se puedan presentar de forma que ayuden a otras personas durante momentos de estrés, este curso es obligatorio para los voluntarios de desastres con el fin de que la persona proporcione una atención básica, comodidad y apoyo a la víctima; por lo anterior, es importante realizar una diferenciación entre los PAP que están destinados a ser aplicados por profesionales y no profesionales en salud mental (Fox, Burkle, Bass, Pia, Epstein y Markenson, 2012).

En su investigación Contreras (2018) examina la efectividad de los PAP para prevenir los síntomas depresivos en personas expuestas a una reciente experiencia traumática; en los resultados se encuentran que los PAP no fueron eficaces como estrategia de disminución de los síntomas depresivos, este resultado se puede dar debido a que el objetivo de los PAP es brindar soporte emocional a las personas afectadas por un trauma y reducir un estrés psicológico inicial; por lo cual entonces los PAP no están diseñados para prevenir o tratar síntomas de depresión por lo cual no tuvo el efecto esperado. Sin embargo, los participantes que recibieron intervención mediante los PAP reportaron sentirse mejor luego de la intervención y mostraron mayor adherencia al tratamiento posterior.

Flannery y Everly (2000) realizan una revisión de los procedimientos de intervención en crisis dentro del contexto del manejo del estrés por incidentes críticos, dentro de sus resultados encuentran la eficacia de la intervención en primera instancia para todo tipo de crisis, especialmente en los que resultan en un trauma psicológico.

Fox, Burkle, Bass, Pia, Epstein y Markenson (2012) realizaron una revisión de literatura con el fin de determinar si las personas que brindaban los PAP sin ser profesionales en salud mental ofrecían una intervención segura, efectiva y viable; dentro de sus resultados obtuvieron que los

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

PAP no tienen pruebas científicas adecuadas pero cuenta con un amplio respaldo por parte de jueces expertos, por lo cual los PAP pertenecen a una categoría denominada evidencia informada pero sin prueba de efectividad; igualmente, los autores en sus resultados encontraron que no hay un tratamiento o guía estándar para la ejecución de los mismos.

Contreras (2018) indicó que los PAP tienen un nivel de evidencia intermedio, ya que se encuentran ampliamente apoyados por expertos y la observación objetiva, pero son pocos los estudios que evalúan su eficacia.

Condori, Palacios y Ego-Aguirre (2002) diseñaron una guía de Primeros Auxilios Psicológicos para ser distribuida entre los equipos de primera respuesta con el fin de que estén informados sobre los aspectos psicológicos que pueden intervenir desde su rol de emergencistas; esta se realizó luego de que se obtuvieran reacciones de estrés en los socorristas participantes en el incendio del centro comercial de Mesa Redonda, al final de su trabajo los investigadores mencionan él porque es importante capacitar sobre la atención en primera instancia y la constante capacitación que se debe realizar así se infiera que el personal está preparado para una emergencia; dentro de las recomendaciones que realizan se destaca la importancia de la constante capacitación de diversas formas, el seguimiento y evaluación del que hacer y las reacciones del primer respondiente.

La universidad Industrial de Santander en 2014 creó una guía de atención para pacientes en crisis emocional, indicando el procedimiento a seguir, el tratamiento, remisión y seguimiento de los estudiantes que acuden al servicio de bienestar universitario en un estado de crisis emocional y que en el momento requieren una intervención terapéutica en crisis; dentro de la guía se indican los alcances, las definiciones, una explicación de las teorías explicativas, cuales son los signos y síntomas, las diferentes clasificaciones de la crisis con las características, las causas y factores de riesgo asociados a las crisis del contexto.

Dentro del contenido de la guía, la Universidad Industrial de Santander (2014) incluyen los criterios de inclusión y exclusión para realizar la atención, así como los criterios para realizar una remisión, la explicación del paso a paso para cada sesión propuesta, los insumos requeridos y la verificación del proceso realizado. La primera sesión, de las seis sesiones propuestas, corresponde a los primeros auxilios psicológicos y se realiza un breve resumen de las acciones que se debe realizar en cada uno, dentro de esta guía realizan una entrevista diagnóstica en la segunda sesión con el fin de evaluar el CASIC.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la salud (2014) indican que la atención primaria dentro de la salud mental permite realizar acciones de promoción y prevención de problemas y trastornos mentales; las reglamentaciones de salud mental en Colombia se encuentra en búsqueda de estrategias para realizar una adecuada atención primaria, haciendo uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y validadas en relación con el costo-efectividad de los servicios de salud.

Por otra parte, es importante realizar un abordaje y diferenciación sobre la atención en crisis de acuerdo al sexo del deportista. En esta línea López y Alvariñas (2011) realizaron una investigación para revisar si existen desigualdades de género en las investigaciones de las ciencias de la Actividad Física y el Deporte según las muestras utilizadas en este campo; dentro de su trabajo mencionan que específicamente en el ámbito deportivo, las mujeres llevan consigo estereotipos y falsas creencias que han llevado a considerarse un deporte de segunda por lo cual no es habitual que las mujeres tengan el mismo protagonismo que un hombre en una misma disciplina.

En sus resultados, López y Alvariñas (2011) encontraron que no se tiene una igualdad dentro del ámbito de investigación entre las muestras de hombres, mujeres y mixtas; las categorías revisadas fueron: Ciencias aplicadas a la actividad física y el deporte (CAFYD), Actividad física

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente y salud (AFYS), Educación física y Deportiva (EFYD), Pedagogía deportiva (PD), Entrenamiento y rendimiento deportivo (EYRD), Dirección y gestión deportiva (DYGD), y Recreación, ocio activo y turismo (ROYT); se encontró que las muestras del género masculino son muy superior en la categoría EYRD, en las categorías de AFYS y EFYD las muestras mixtas predominan debido a que son realizadas en centros educativos y en algunos casos hay estudios en los que las muestras de mujeres superan a la muestra de hombres, en las categorías de ROYT y DYGD no se reportan estudios con población exclusivamente femenina.

Dentro de su investigación, López y Alvariñas (2011) también realizaron una comparación de las muestras por género según el tipo de deportes, en el cual se encontró que en los deportes individuales y de adversario predominan las muestras mixtas, mientras que en los deportes artísticos y colectivos predominan las muestras masculinas.

Con esta investigación, se pone de relieve la necesidad de incluir muestras femeninas en investigaciones de ciencias de la Actividad Física y el Deporte para evitar sesgos, así como realizar una diferenciación en las intervenciones y programas que se desarrollen de acuerdo a las características que predominan cada sexo; existen aspectos legales como la Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres en el cual se indica la necesidad de incluir en investigaciones y trabajos estadísticos la variable género, así como equilibrar el tipo de estudios difundidos por las editoriales; en la misma ley, respecto a la educación superior se destaca la necesidad de promover la perspectiva de género con el fin de sensibilizar la necesidad de incluir la temática dentro de las investigaciones y avanzar a una ciencia más democrática.

Pérez, Cortell, Suarez, Andreu, Chinchilla y Cejuela (2008) realizan un abordaje desde las repercusiones de la competición deportiva en escolares de Alicante sobre su salud, dentro de sus resultados encontraron que el deporte que mayor frecuencia de lesiones presenta es el fútbol, seguido por el baloncesto, voleibol, judo, atletismo, hockey y patinaje; las lesiones por zonas

corporales varían según el sexo, en el cual los hombres predominan en todas las zonas corporales, la rodilla es la zona donde se presenta mayor lesión, seguida del tobillo, hombro, codo, espalda, cadera, antebrazo, cabeza y muñeca; en las mujeres la zona donde se presenta mayor lesión es la rodilla, seguido de la espalda, cadera, antebrazo, cabeza, codo y tobillo.

Withman, Melvin y Nicholas (1981) dentro de su investigación encontraron que la tasa de lesiones deportivas es de 14,5 por cada 1000 personas y con una frecuencia de 5,2%, las áreas que se encuentran frecuentemente lesionadas son: las rodillas, tobillos, y hombros. Por su parte, Garrick y Regua (1988) indican que acorde con el tipo de lesión que se presente, cuando ocurre en los tejidos blandos generalmente se acompaña de contusiones, esguinces, calambres y desgarros.

Cuando se presentan lesiones en los tejidos blandos, el 75% de ellas se presentan dentro de la práctica deportiva de entrenamiento y son causadas por un uso excesivo en la zona y se asocian con una incapacidad de competencia como ejercicio recreativo, entre el 25 y 40% aproximadamente de las lesiones son los esguinces (Olivera, Holgado y Cabello, 2001).

Al momento de realizar una comparación entre la frecuencia de las lesiones presentadas, se encontró que los deportistas en formación o aficionados, y en los programas recreativos se presenta la mayor cantidad de lesiones; Osorio, Clavijo, Arango, Patiño y Gallego (2007) indican que esto se puede dar debido a que los deportistas profesionales tienen un mejor acondicionamiento físico, su entrenamiento es más controlado, tienen una mejor técnica deportiva y permanentemente hacen uso de protección, sin dejar de lado que la severidad de la lesión podría variar dada la intensidad de la actividad.

Chandy y Grana (1985) realizaron una diferenciación entre el tipo y la gravedad de las lesiones dependiendo el sexo, encontraron que la mayor diferenciación se presenta en baloncesto donde son las mujeres quienes se lesionan con mayor frecuencia respecto a los hombres, también

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

encontraron que en los hombres es más común encontrar fracturas y desgarros, mientras que en las mujeres se presentan mayores dislocaciones y esguinces; respecto al sitio de la lesión, en los hombres predominan las lesiones en el hombro y en las mujeres se encuentra una mayor incidencia de lesiones en la rodilla. Por su parte, Dehaven y Lintner (1986), indican que el dolor patelofemoral es más frecuente en las mujeres (19,6%) a diferencia de los hombres (7,4%) y en condiciones similares de competición las mujeres a diferencia de los hombres, tienen mayor riesgo de lesiones en la rodilla.

Se presenta una distribución de lesiones por deportes y sexo, en la población masculina el 78.38 % se lesiona en fútbol, 12.16% en baloncesto, 2.70% en voleibol, 1.35% en judo, 2.70% en atletismo, 1.35% en hockey y 1.35% en patinaje; en relación con el sexo femenino, el 78.95% se lesiona en fútbol, 10.53% en voleibol y el 10.53% en atletismo, se puede observar una similitud en ciertos deportes, con una variación en los porcentajes acorde con el sexo; sería valioso conocer la incidencia de la distribución de estos porcentajes respecto al deporte y los factores que influyen en que sean más o menos representativos (Pérez, Cortell, Suarez, Andreu, Chinchilla y Cejuela, 2008).

Garrido, Pérez, González, Diéguez, Pastor, Lopez-Andujar y Llorens en 2009 realizan una investigación sobre la epidemiología asistencial a causa deportiva y el impacto que tiene en un hospital universitario de Alicante España, los datos fueron recogidos mediante una hoja de datos específica para el estudio, el procedimiento al momento de realizar el ingreso es la atención por un especialista en cirugía ortopédica y traumatológica; dentro del estudio se encontró que el 89% de las personas lesionadas son hombres con una edad promedio de 26 años, y que a medida de que disminuye la edad disminuye el riesgo de lesiones deportivas, el 68% de las lesiones fueron reportadas por deportes como fútbol, ciclismo, baloncesto y atletismo, donde predominan las contusiones y fracturas, así como lesiones musculares, tendinopatías. Dentro de las conclusiones

del trabajo, los autores exponen que las lesiones abordadas son frecuentes ante eventos o competiciones deportivas y corresponden a una adaptación de las costumbres poblacionales dados los gustos y posibilidades para realizar la práctica de diferentes deporte, generando una variación en el riesgo y tipología de la lesión, otra diferencia es la frecuencia de población amateur respecto a profesionales que cuentan con un seguro de asistencia deportiva los cuales reciben asistencia en un ámbito privado, se ponen en manifiesto, los factores sociales asociados considerar la baja práctica deportiva por parte de las mujeres sugiriendo que por esa razón presentan una menor incidencia de lesión deportiva, así como las características de los deportes que se practican y la comunalidad de los deportes practicas por mujeres.

Los autores también mencionan que las condiciones del escenario deportivo son un indicador que condiciona las lesiones deportivas, así como la tipología de las lesiones presentadas con mayor frecuencia dada las condiciones; dada las características y el objetivo del estudio, no se menciona el procedimiento de la atención presentada a los deportistas, así como tampoco se menciona la posibilidad de una atención psicológica (Garrido, Pérez, González, Diéguez, Pastor, Lopez-Andujar y Llorens, 2009).

Mohtaa, Sethi, Tyagi y Mohta (2002) indican que existen diferencias dadas por el sexo antes las respuestas por un trauma mayor, en el cual los hombres tienen reacciones más calmadas y mayor probabilidad de presentar síntomas de estrés postraumático; por el contrario, las mujeres suelen tener reacciones más exaltadas y tienen mayor probabilidad de presentar depresión.

López, Otalvaro y Malatesta (2017) elaboraron un protocolo de atención de los Derechos Sexuales y los Derechos reproductivos de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) NNA en los establecimientos educativos; dentro de esta ruta se contempla si el NNA le cuenta a un docente o directivo el cual tiene como función escuchar de forma que proteja, genere un ambiente de confianza, resguardar, escuchar sin cuestionar o confrontar la versión, sin emitir juicios de valor,

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente sin atribuir responsabilidad sobre el evento, limitar la sobre indagación sobre el asunto y restringir la información proporcionada de forma que se evite una victimización secundaria, siempre teniendo en cuenta el contexto en el que ocurren los hechos y la información previa sobre los presuntos agresores; se explica la ruta de acción teniendo en cuenta diferentes condicionantes como: (a) si el abuso sexual ocurre fuera de la escuela, (b) si el abuso sexual ocurre dentro de la escuela y están involucrados los NNA, (c) si el abuso sexual ocurre en la escuela y están involucrados funcionarios públicos, las acciones del rector, las acciones orientadas al presunto victimario y las acciones de seguimiento.

Dentro de este mismo protocolo de atención, se mencionan los condicionantes incluidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de acuerdo a la edad del agresor y la víctima, entre mayores de 18 años, entre 14 y 17 años y menores de 14 años; se realiza la explicación del paso a paso de forma detallada del procedimiento a seguir en caso de abuso sexual, donde ir, las evaluaciones a realizar, recolección de la información, responsables y el seguimiento que se debe realizar; en este último se deben programar actividades de seguimiento de atención en salud física y mental orientada a la recuperación (López, Otalvaro y Malatesta, 2017).

Naranjo (2013) realiza una explicación de la atención a las violencias contra la mujer, para ello indica cuales son las características de la atención al maltrato físico, presentando el flujograma con los agentes y entidades involucradas así como las acciones de cada una; también se indican las características de la atención del maltrato psicológico, los signos y síntomas, dentro de este se indica la intervención que se debe realizar, indicando como primer paso la intervención en crisis, enfatizando en que es allí donde se deben atender los síntomas que aparecen y buscar bajar la tensión por parte de la víctima, ayudando en su problema, la afectación que tiene,

estableciendo prioridades en la atención y dialogar de forma tranquila sin acosar o juzgar a la persona agredida.

Es relevante que no se indica quien debe realizar esta primera intervención, ya que el último paso de esta intervención es remitir a psicología, posteriormente se indica la atención que se debe realizar desde psicología, trabajo social y finalmente el seguimiento que se debe realizar; además se realiza la explicación del paso a paso del modelo de atención integral para víctimas. En el trabajo exponen una escala Zung de ansiedad y de depresión, presentando una escala Likert que puede ser utilizada por el evaluador para indagar sentimientos de la persona en ese primer momento (Naranjo, 2013).

Viveros (2002) en su investigación se refiere a las manifestaciones del malestar masculino ante pérdidas, dentro de los cuales se encontraron: (a) expresiones físicas: dolores musculares, sentimientos de flojera, descuido en el arreglo personal y problemas para conciliar el sueño, (b) expresiones emocionales: deseos de venganza, ira, sentimientos de tristeza y enojo, y (c) la represión de sus sentimientos: aguantar el dolor ante las pérdidas, no mostrar debilidad o vulnerabilidad ante los demás, no permitirse llorar y no exteriorizar los sentimientos; es relevante hacer énfasis en las manifestaciones del malestar masculino ya que en ocasiones se puede generar una represión en la esfera emotiva, así como tener consideración por el periodo evolutivo por el que puede estar pasando la persona, ya que el cuerpo o las transformaciones corporales pueden generar un desequilibrio; el sexo masculino trae consigo, mantener un status o una reputación de hombría dentro del campo deportivo, defendiendo el carácter que lo referencia lo cual dificulta la manifestación de malestar por parte de la persona.

Añorve, Díaz y Góngora (2015) sugieren que el sostenido éxito de las atletas se ha dado por el enfoque del esfuerzo individual de cada una, el constante incentivo de participación deportiva por parte de las mujeres implementando acciones gubernamentales con perspectiva de género, los

cambios culturales y sociales que se reflejan en las esferas de vida de las atletas generando una mayor inclusión; en la mayoría de los países el apoyo cuantitativo para atletas se genera independiente el sexo durante lo largo del proceso de formación, se encontró una relación entre el índice de igualdad de género del país con la continuidad en la consecución de los éxitos deportivos.

Se han dado algunas transformaciones socioculturales que han generado una promoción indirecta de la participación femenina en el deporte, dentro de ellas se encuentra el mecanismo de control social que ha sido utilizado para construir una identidad nacional mediante el deporte, otra transformación, ha sido ver el deporte como una oportunidad de desarrollo humano, vinculando a las mujeres dejando de lado los estereotipos y roles; finalmente la transformación del triunfo deportivo en competencias internacionales en una función a nivel instrumental y simbólica (Chien-Yu, Ping-Chao y Hui-Fang, 2009).

Existen políticas públicas referentes a la igualdad de género en la cual se incluyen la difusión de los derechos humanos de las mujeres gracias a las organizaciones nacionales e internacionales, ejerciendo una presión social y un impulso político para promover estrategias con enfoque de género; para ello es necesario generar una adhesión de los derechos humanos de las mujeres dentro de encuentros internacionales, una adopción de compromiso para la transformación que se evidencie en mecanismos institucionales, y finalmente, la implementación de estos compromisos a través de directrices con perspectiva de género (True y Mintron, 2001; True, 2003).

La práctica deportiva ha sido modificada de acuerdo a las construcciones sociales sobre los masculino y lo femenino, guardando una relación con los estereotipos de cada sexo y las funciones que pueden realizar dado su cuerpo; lo femenino ha sido representado por cualidades como: pasividad, comprensión, dependencia, falta de agresividad, sensibilidad y sumisión; lo masculino por su parte, se ha relacionado con el éxito, iniciativa, relación con fuerza, agresividad

y trabajo; de acuerdo con estas ideas se otorga un lugar a mujeres y hombres dentro de la sociedad y traen consigo repercusiones en cómo ven a cada persona (Rodríguez, Martínez y Mateos, 2005; Ordoñez, 2011).

Ordoñez (2011) indica que se ha erradicado un grupo de feministas del deporte que está compuesto por hombres y mujeres en búsqueda de la lucha por los derechos y necesidades de las mujeres dentro del deporte, las aportaciones que han realizado son: (a) crear conciencia sobre las complejidades y contradicciones teórico-prácticas entre el género y el deporte, (b) cuestionar los privilegios masculinos y (c) descubrir las formas en que se ha institucionalizado dentro del deporte el poder masculino sobre el femenino.

Rodríguez, Martínez y Mateos (2005) indican que en la actualidad aún continúan presentándose discriminaciones, lo cual dificulta el desarrollo y evolución de deporte pues se continúa con unas pautas y valores enmarcados en los hombres, por lo cual las mujeres optan por adoptarse ante las condiciones y modelos masculinos.

Asensio (1991) indica que en ocasiones las personas pueden percibir una carencia de comunicación cuando la otra persona no realiza un comportamiento o valoración que se esperaba; mediante la comunicación se transmite información que afecta los comportamientos tanto del emisor como del receptor y para ello requiere una comprensión de los mensajes.

Existe una diferencia entre la forma como se producen y evalúan expresiones faciales y movimientos corporales acorde con el sexo, los autores encontraron que las mujeres sonríen y ríen con mayor frecuencia, presentando una mayor expresividad facial lo cual facilita la identificación de sus estados de ánimo, ante situaciones embarazosas o de conflicto los hombres manifiestan una mayor agitación corporal como tocarse la nariz o realizar cambios de postura en relación con las mujeres (Hall, 1980).

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

También existe una diferenciación en la percepción respecto a la mirada de desagrado ante un sujeto, las mujeres se suelen sentir más cómodas en comparación con los hombres, esta valoración depende de la opinión previa que tenga la persona sobre la otra, así como el tema de conversación y la percepción de juzgamiento o desagrado emitido por la otra persona (Asensio, 1991).

Dentro de su investigación Ríos (2007) realizó una diferenciación en relación al léxico y disponibilidad verbal entre hombres y mujeres al momento de comunicarse, así como un abordaje sobre las diferencias en los temas de conversación de cada sexo; encontró que los hombres suelen utilizar un léxico más de jerga, mientras que generalmente las mujeres utilizan un habla más estándar que incluye variantes de prestigio que caracteriza el hablar bien, demostrando un superioridad cultural; en relación con los temas de conversación, la variación entre sexos surgía según los estereotipos conversacionales y eran promovidos según las características sociales de cada sexo.

La evolución por parte de las mujeres en grandes eventos deportivos como Campeonatos del Mundo o Juegos Olímpicos, si como la participación en diferentes disciplinas deportivas se debe al nivel de profesionalismo que han mostrado, igual al de un hombre (Rodríguez, Martínez y Mateos, 2005).

Finalmente luego de realizar una revisión conceptual, se expone la necesidad de contar con un protocolo que ponga en manifiesto los pasos que deben seguir las personas que realizan el rol de primer respondiente en situaciones de lesión deportiva, de forma que permita prestar una mejor atención al deportista y a las personas que lo rodean, así como disminuir algunos costos para los deportistas, para los equipos, los sistemas de salud y sus países.

Por lo anterior, se diseñó una primera fase del protocolo brindando recomendaciones sobre el que hacer y la adaptación de los pasos de PAP a la lesión deportiva, dirigida a los entrenadores,

padres de familia, deportistas y personal de salud que realicen la atención en crisis; el objetivo de esta investigación es ofrecer una propuesta metodológica y estructural para el diseño de un protocolo de atención en crisis para el deportista lesionado por parte del primer respondiente.

Método

Tipo de investigación

Es una investigación de desarrollo tecnológico orientada al desarrollo de un producto que tenga un impacto en una población específica respondiendo a una necesidad detectada.

Participantes

Para la evaluación de la propuesta de las recomendaciones para el diseño del protocolo se trabajó de la mano con 10 profesionales seleccionados por su experticia y experiencia en distintas áreas relacionadas con la atención en salud y el deporte.

Juez 1: Licenciado en ciencias del deporte, magister en actividades acuáticas y en pedagogía de la cultura física, docente universitario y entrenador deportivo. Juez 2: Médico del deporte en entidades nacionales públicas y privadas. Juez 3: Psicólogo magíster en psicología con énfasis en deporte, con experiencia en entidades nacionales públicas y privadas y docente universitario. Juez 4: Psicólogo magíster en psicología con énfasis en deporte, con experiencia en entidades nacionales públicas y docente universitario. Juez 5: Médico del deporte en entidades nacionales públicas y privadas, docente universitario en diversos programas de pregrado y posgrado en diferentes áreas del conocimiento afines. Juez 6: Fisioterapeuta en entidades deportivas nacionales públicas y privadas, con posgrado en gerencia de servicios de salud, actividad para la salud y terapia manual. Juez 7: Psicólogo especialista en deporte y ejercicio, con experiencia en entidades nacionales públicas y privadas docente universitario. Juez 8: Psicólogo especialista en epidemiología y magíster en antropología social, con experiencia en cargos en entidades

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

gubernamentales y de salud públicas y privadas. Investigador y docente universitario de pre y posgrado en programas de diferentes áreas afines. Juez 9: Fisioterapeuta especialista en gerencia de la calidad de la salud. Con experiencia en entidades públicas de salud y privadas de deporte. Juez 10: Psicólogo especialista en evaluación clínica y tratamiento de trastornos afectivos y emocionales y en psicología médica y de la salud pública, con magíster en psicología clínica. Investigador y docente universitario.

Instrumentos

La evaluación de la propuesta de las recomendaciones para el diseño del protocolo(Apéndice B) con los jueces se realizó a través de una entrevista semiestructurada (ronda 1 del Apéndice A) y un cuestionario (ronda 2 del Apéndice A); las temáticas abordadas dentro de la entrevista fueron: información sobre la formación profesional del juez, la percepción sobre la información presentada de lesión deportiva, crisis por lesión deportiva, Primeros Auxilios Psicológicos, intervención en crisis y percepciones sobre el protocolo; por su parte, el cuestionario se diseñó con el fin de indagar sobre las percepciones del juez respecto a la funcionalidad, aplicabilidad y pertinencia del protocolo presentado, para ello se presentó una escala numérica de 1 a 4 para evaluar las categorías de utilidad, cumplimiento del objetivo presentado, estructura, relevancia, suficiencia, redacción y extensión.

Procedimiento

Para la realización de este artículo se tuvo en cuenta las fases previas de esta investigación, se tomó como eje fundamental la revisión conceptual realizada previamente y una nueva revisión conceptual complementaria. Posteriormente para la propuesta de las recomendaciones para el diseño del protocolo, en primera instancia se definió el modelo de pasos de Hernández y Gutiérrez como base para la estructura del protocolo, este modelo incluía los pasos propuestos por Slaikew pero se presentan de forma más explicativa y practica; para cada uno de los pasos se

definieron momentos de aplicación durante la primera atención al deportista lesionado, esto teniendo en cuenta casos reales de deportistas lesionados. Los casos se dividieron en momentos clave de la atención al deportista y se definieron condiciones ambientales y contextuales en las que se presentan las lesiones y por ende las crisis. Para finalmente ajustar los pasos de la atención en crisis propuesto por Hernández y Gutiérrez a las situaciones particulares de la lesión deportiva. Cabe resaltar que debido al comportamiento natural de la crisis la aplicación de los pasos fluctúa, varía y se puede repetir en el tiempo de acuerdo con las reacciones y necesidades del deportista lesionado.

Teniendo en cuenta la contextualización de la crisis por lesión deportiva, el modelo de atención psicológica y los momentos críticos de la crisis, se formularon siete habilidades fundamentales que deben tener en cuenta los usuarios para la aplicación del protocolo: comunicación efectiva, respeto, empatía, confianza, prudencia, paciencia, proactividad y recursividad.

Los pasos 2 "seguridad y alivio" y el 3 "estabilización", se invirtieron teniendo en cuenta las causas, la naturaleza y el nivel de riesgo que representa una crisis por lesión deportiva y el momento de aplicación del paso. Además se plantea implementar conjuntamente los pasos 5 "asistencia práctica" y 6 "realizar conexión con apoyos sociales" en los mismos momentos durante el proceso de atención, así como los pasos 7 "proporcionar información sobre el manejo de adversidades" y 8 "establecer enlaces con servicios de colaboración".

Se definieron tres categorías de instrucciones o apoyos para orientar al usuario en la atención lo más clara y específicamente: Indicaciones (oraciones textuales), recomendaciones (aspectos a tener en cuenta) y ejemplos (uso de las indicaciones en situaciones similares) y se construyó manual en el que se incluyen los antecedentes teórico-empíricos de la problemática, las

habilidades fundamentales, la ficha técnica y la propuesta de las recomendaciones para el diseño del protocolo.

Posteriormente fue sometido mediante el método Delphi, a revisión por parte de los 10 expertos en un proceso de evaluación que se realizó en dos momentos, para ellos se diseñaron las guías de sesión, la entrevista y el cuestionario mencionados anteriormente (ver Apéndice A), al momento de enviar los documentos, se entregó la propuesta de las recomendaciones para el diseño del protocolo(Apéndice B) y una presentación ilustrativa para facilitar la lectura y comprensión de los jurados (Apéndice C).

Las dos sesiones se grabaron en audio y fueron transcritas; en la primera se indagó acerca del perfil profesional de cada juez, se realizó una lectura conjunta del diseño del protocolo y finalmente se realizó la entrevista; en la segunda se le pidió al experto que con base en el diseño del protocolo respondiera el cuestionario, la lectura del mismo y las respuestas fueron verbalizadas para tener registro de audio.

Se procedió análisis de información mediante el programa SPSS para analizar los datos cuantitativos obtenidos a partir del cuestionario y Atlas Ti para los cualitativos obtenidos de la entrevista.

Posterior al análisis se inició a escribir el documento, inicialmente se organizó la información conceptual previa y una nueva búsqueda de información para complementar las temáticas, se realizó un ajuste en la propuesta de las recomendaciones luego de la revisión por los jueces, una descripción de los hallazgos tras la revisión de jueces y un análisis acorde con los hallazgos y la literatura.

Consideraciones éticas

La investigación se realiza acorde con la normatividad del manual deontológico y bioético del psicólogo; al momento de realizar la entrevista con los participantes, se indica que esta no

representa ningún tipo de riesgo psicológico o físico, todos los participantes son mayores de edad, por lo cual se realiza un asentimiento verbal garantizando los principios de privacidad, anonimato y consentimiento pleno expuesto en la ley 1090 del 2006, indicando el objetivo de la sesión, la participación voluntaria, retirarse en el momento que lo desee e indicar las inquietudes que tenga.

Resultados

En primera instancia se realizó el análisis de contenido de las entrevistas mediante el programa Atlas ti, en el cual se transcribieron las entrevistas de los jueces y luego se agruparon las citas acorde con las categorías establecidas; en la tabla 1 se puede observar la fundamentación que cada categoría obtuvo; en segunda instancia se realizó un análisis cuantitativo mediante SPSS sobre las percepciones de los jueces acerca del protocolo.

Tabla 1
Fundamentación por categoría

Categoría	N° de menciones
Recomendación de la guía	41
Manejo de crisis	28
Personas que realizan la atención	26
Consecuencias de la lesión	21
Sugerencias de diseño	20
Percepción de los PAP	14
Ventajas del protocolo	14
Utilidad	13
Pertinencia de los ejemplos	10
Debilidades del protocolo	6
Otras	51

Nota. Otras incluye las categorías con una fundamentación menor a 9: Consecuencias de la atención, opinión frente a la definición de lesión deportiva, funcionalidad del respondiente, causas de la crisis, ventajas de la intervención, opinión frente a la definición de crisis y difusión de la guía.

La categoría recomendaciones del protocolo es la que se encuentra mayor fundamentada, las sugerencias de los jueces para esta categoría giran alrededor de: evaluar el riesgo de homicidio y

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

suicidio mediante el CASIC, realizar las preguntas de forma más abierta y que permitan realizar un acercamiento de diversas formas, realizar modificación del lenguaje en algo más cotidiano y realizar una simulación del paso a paso con fin de asegurar una mayor recordación y adherencia por parte del primer respondiente. El juez 5 realizó una sugerencia indicando que se debe hacer “énfasis en que no es momento para regañar al deportista”, la juez 10 por su parte sugirió que se debe incluir un “acta donde se dice que fue atendida esa persona a tal hora de tal día, que se hicieron esos PAP para restablecer su equilibrio” y finalmente la juez 8 expresó “tienen que tener en cuenta dos contextos diferentes, uno es el entrenamiento y otro es el de competencia”

En la categoría manejo de crisis las sugerencias de los jueces se agrupan en: realizar preguntas relacionadas con el estado actual del deportista, esperar la revisión por parte del médico, aterrizar la realidad del deportista y permitir la expresión emocional. El juez 4 expresó “lo más importante es el rapport” y “me quedo ahí mostrando interés y apoyo ante la situación”; el juez 7 indicó que es importante “ir reconociendo los efectos primarios que va a tener la lesión”

En la categoría personas que atienden la crisis los jueces expresan que la mayor parte del tiempo se encuentra presente el entrenador y en algunos casos el médico, destacan la importancia de recibir una adecuada colaboración por parte de los padres y todos trabajar en pro de la situación. La juez 3 indica “no creo que sea un profesional, sino que debe tener ciertas actitudes, debe ser una persona tranquila, calmada que sepa comunicar bien las cosas, que no use lenguaje técnico, que sea prudente, debe conocer el contexto deportivo y sobre todo detener habilidades interpersonales porque se necesita de una persona que esté pendiente de otras cosas que no lo hacen todos, se debe buscar en los grupos la persona más indicada. Juez 3 psicóloga deportiva.

En la categoría consecuencias de la lesión los jueces concuerdan con que las principales manifestaciones son el dolor e incapacidad, recriminación por parte del deportista u otros, pérdidas de medallas y afectaciones al club, sentimientos de frustración y desesperación,

interrupción de la práctica deportiva, pérdida del nivel de rendimiento y largos tiempos de recuperación. El juez 1 indica “empezar de nuevo, empezar a quitar el miedo de volver a entrar en contacto con trabajos de intensidad y fuertes” y la juez 4 expresa “...consecuencias personales serían 3 que son cognitivo, emocional y comportamental...”

En la categoría sugerencias del diseño del protocolo, correspondiente a la implementación o divulgación del mismo, los jueces concuerdan en que se debe presentar un video explicando a las personas los pasos, complementar con talleres, capacitaciones, representaciones y ejercicios de juego de roles, entregar folletos e indicar que hacer y qué no hacer ante una situación de crisis por lesión deportiva.

En la categoría de percepción de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) se concluye que debe hacerse una aclaración de este término, junto con el conocimiento y referencia al que hacen; en la categoría de las ventajas de la guía los jueces concluyen la revisión de dos posturas teóricas, la presentación de forma ordenada, sistemática, detallada y desmenuzada, al igual que el uso de ejemplos; en la categoría utilidad los comentarios de los jueces es que el protocolo es útil para el contexto al que se propone, el cumplimiento del objetivo del protocolo, responder a una necesidad evidenciada brindando pautas claras y la importancia de realizar una adecuada intervención.

En la categoría pertinencia de los ejemplos los jueces concuerdan con que son buenos aunque se deben ajustar más a la realidad y describir diferentes situaciones; en la categoría consecuencias de la atención los jueces concuerdan en que se encuentra la frustración del atleta, la afectación del bienestar del deportista y el apoyo social, las ventajas serían influir en una adecuada rehabilitación y aceptación del proceso por parte del deportista; en la categoría opinión frente a la definición de lesión deportiva concluyen que es pertinente y claro; en la categoría funcionalidad del respondiente.

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

En la categoría causas de la crisis los jueces mencionan que se da por sobre uso, fracturas, falta de aceptación de la lesión y no permitir la expresión emocional; en la categoría ventajas de la intervención los jueces mencionan que son pautas importantes para poder ayudar a un deportista y que permita recuperarse más efectivamente, ayudar a mejorar el dolor y que el deportista entienda y acepte lo sucedido; en la categoría opinión frente a la definición de crisis los jueces mencionan que es pertinente y acertada, sugieren necesario realizar la aclaración de que la respuesta antes una crisis no es inadecuada y es algo natural e independiente de cada persona.

En la categoría difusión de la guía los jueces mencionan que se debe hacer uso de medios de comunicación y tecnología, indagar sobre las lesiones más prevalentes para realizar ejemplos con situaciones reales, uso de videos y capacitaciones, y masificar el protocolo con el sistema nacional del deporte y todas las entidades y personal vinculado al deporte.

La categoría debilidades del protocolo es la que se encuentra menos fundamentada, las sugerencias de los jueces giran alrededor de establecer una temporalidad del protocolo y los pasos, evidenciando la diferenciación y el espacio entre un paso y el otro; y también realizar situaciones que permitan el entrenamiento de las personas encargadas en realizar el paso a paso y la claridad del objetivo que tiene cada uno.

Finalmente, en relación con el análisis cuantitativo realizado mediante SPSS; en la figura 1 se puede observar la distribución de acuerdo con la opinión de los diez jueces expertos sobre los ítems indagados en la escala Likert, se puede observar que existe una variabilidad en cuanto a la opinión de los jueces lo cual se puede dar por la diversidad de áreas y profesiones, los resultados cuantitativos concuerdan con las percepciones encontradas a nivel cualitativa, las recomendaciones y ajustes realizados. Lo que se buscaba era indagar sobre la percepción del juez de forma cuantitativa en realización al protocolo analizado, es decir si consideraba el protocolo cumplía con el objetivo propuesto, la utilidad del protocolo en un contexto real

deportivo, la relevancia y aplicabilidad ante una situación de lesión deportiva, la estructura del protocolo para presentar el paso a paso, la redacción presentada teniendo en cuenta que el protocolo está dirigido al primer respondiente de la lesión deportiva, es decir padres, entrenadores, deportistas y demás personas de salud, si la información presentada dentro del protocolo era suficiente para entender y abordar los momentos que se pueden presentar en una crisis y la pertinencia de la extensión.

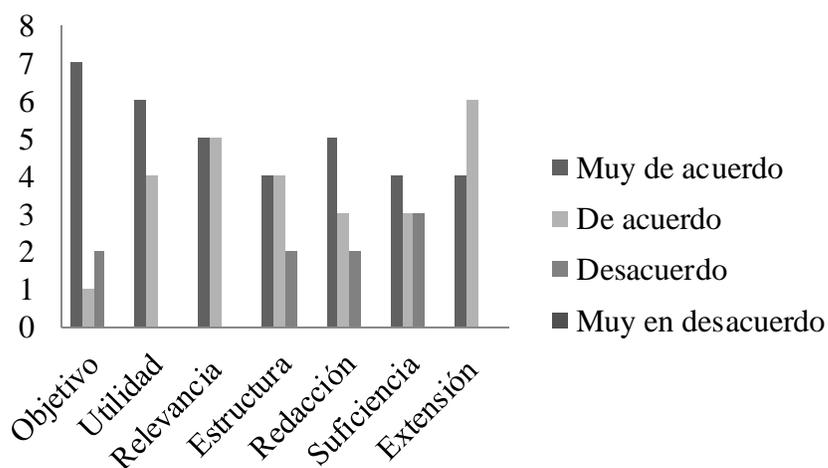


Figura 1. Distribución análisis cuantitativo escala Likert

Dentro de la propuesta de las recomendaciones para el diseño del protocolo (Apéndice B), se agrega un apartado de habilidades fundamentales las cuales debe tener la persona que realice la atención en crisis, estas habilidades requieren de un entrenamiento y capacitación previa; este apartado, se agrega con fines prácticos para que la persona recuerde su necesidad, facilite el logro de una atención efectiva, conocer y recordar a que se refiere cada uno de ellos, estas habilidades fundamentales son: Comunicación efectiva, Respeto, Empatía, Confianza, Prudencia, Paciencia y Proactividad y recursividad.

Finalmente, en la tabla 2 se puede observar un resumen de la propuesta de las recomendaciones para el diseño del protocolo según la estructura y metodología por Hernández y

Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente

Gutiérrez en 2014 y adaptado a la lesión deportiva, realizando un ajuste al contenido acorde con las necesidades de la atención en crisis dada la lesión deportiva, la información se presenta de forma sencilla y sin hacer uso de términos difíciles de comprender para el lector, teniendo en cuenta las personas para las cuales están dirigidas estas recomendaciones. Igualmente al ser un producto en construcción, se agrega un apartado con las convenciones que se presentan dentro del diseño de la propuesta de las recomendaciones para el contenido del protocolo, con el fin de facilitar la lectura de la persona y en un futuro realizar el flujograma de la atención; estas convenciones corresponden a condicionantes situacionales, ambientales y personales durante el proceso de atención, las indicaciones, oraciones textuales, recomendaciones en general y ejemplos para la implementación de cada paso.

Tabla 2

Resumen propuesta de las recomendaciones para el diseño del protocolo

Paso	Objetivo	Acciones
Contacto y acercamiento	Establecer un contacto efectivo con el deportista	Acceso a la zona de competencia/entrenamiento Presencia de un médico Relación previa con el deportista Garantizar que el deportista se encuentra consciente y orientado Ofrecer ayuda
Estabilización	Estabilizar emocional y cognitivamente al deportista	Identificar a reacción del deportista Expresar y aceptar sus emociones
Seguridad y alivio	Disminuir la incertidumbre que presenta el deportista ante la situación	Brindar apoyo para manejar la situación Proporcionar información verídica
Recopilación de información: necesidades y	Indagar a profundidad acerca de las necesidades	Realizar preguntas para indagar necesidades del momento

preocupaciones actuales del deportista	del deportista	
Asistencia practica y conexión con apoyos sociales	Atender a las necesidades del deportista y contactarse con su red social de apoyo primaria	Suplir las necesidades en el momento del deportista Establecer contacto con acudiente u otros
Información sobre el manejo de adversidades y enlaces con servicios de colaboración	Proporcionar información de los aspectos a tener en cuenta para una posible atención futura	Culminar el acompañamiento Indicar reacciones para considerar un futuro servicio psicológico Indicar adversidades que se puedan presentar.

Nota. Ver el apéndice B para ampliar el que hacer en cada paso

Discusión

De acuerdo con la literatura expuesta y los resultados obtenidos, se hace evidente la necesidad de un trabajo transdisciplinario en el deporte, de allí el interés de direccionar el protocolo hacía entrenadores, padres, compañeros y equipo de salud en general; al integrar una diversidad de profesiones y áreas de trabajo entre los jueces, permite que el protocolo tenga un mayor abordaje holístico para el deportista.

Los profesionales reportan la deficiencia en cuanto a la práctica del manejo psicológico del deportista lesionado por parte de los profesionales en salud, que si bien en el abordaje ante un deportista lesionado no se encuentra únicamente el psicólogo y cuando este está presente es quien realiza la atención primaria, en ocasiones son otros profesionales como médicos, fisioterapeutas, preparadores físicos o entrenadores quienes deben realizar la atención primaria y se realiza acorde con la experiencia, la juez 6 indica “Bueno primero espero a que la persona se calme, porque aparte de que hay miedo, hay como negación de lo que está pasando y hay dolor, entonces en ese momento lo que hacemos es alejar al deportista del escenario, y se le pide que se calme, que trate de visualizar muy bien lo que está pasando, que no se genere ideas que no son, que

controle un poco el dolor”; ante esto se pone de relieve la necesidad de capacitar en general a todas las personas que asuman el rol de primer respondiente.

Olmedilla, Ortega, Abenza y voladeras (2011) exponen la variedad de publicaciones relacionadas entre psicología y lesión deportiva, sin embargo, es notoria la poca evidencia sobre los primeros auxilios psicológicos o investigaciones orientadas al momento de la lesión, ya que la gran mayoría están centrados en programas de rehabilitación y prevención de lesión; Nieto y Jara (2007) exponen la variabilidad de los efectos secundarios luego de una atención en crisis, por ello es importante tener unas directrices sobre el que hacer, cómo, que decir y en qué momento, brindando herramientas y didácticas para comprender mejor la atención a realizar (Montenegro y Cabello, 2018), de forma que facilite la transición deportiva, tenga un impacto en la adherencia al tratamiento por parte del deportista y un impacto en su bienestar emocional; por ello es necesario realizar una preparación de los PAP para garantizar una adecuada atención (Fox, Burkle, Bass, Pia, Epstein y Markenson, 2012); esta necesidad concuerda con los hallazgos encontrados, ya que el juez 7 indica “el protocolo es útil para el contexto al que se propone, el cumplimiento del objetivo del protocolo, responder a una necesidad evidenciada brindando pautas claras y la importancia de realizar una adecuada intervención”

Si bien autores como McPherson, Curtis y Loy (1990), Asensio (1991), Carratalá, García y Carratalá (1999), Guerrero (2001), Pérez, et al (2008), Cuervo y Sales (2012) indican la importancia de los agentes de socialización dentro y fuera del campo deportivo, solo Cuervo y Sales involucran a los familiares dentro de una crisis aunque no es deportiva orientada como guía de autoayuda; es decir que no existe literatura que oriente e involucre a los pares, familiares o entrenadores que en el caso deportivo serían los agentes socializadores, en el manejo de una crisis por lesión deportiva cuando son ellos quien la mayor parte del tiempo cumplen el rol del primer respondiente y en ocasiones podrían llegar a ser víctimas secundarias dada la lesión deportiva. Lo

anterior expuesto, concuerda con la necesidad de vincular y capacitar al primer respondiente dentro del ámbito deportivo, la juez 9 indica “el que brinda esos primeros auxilios no va a ser un médico todas las veces sino que tiene una capacitación previa para poder brindar o asistir a la persona que lo requiere en ese momento (...) la persona que esté en ese momento con el deportista si debería tener por lo menos las habilidades o el conocimiento previo para poder brindar esos primeros auxilios”

Gantiva (2010) indica la importancia que ha tomado la intervención en crisis dado el conflicto armado, dirigido también a víctimas de delitos como lo menciona Bocanegra y Nieto (2010), en hospitales orientado no solo al paciente, sino también a los familiares (Uribe, Gobera y López, 2007); con lo anterior se pone en manifiesto la carencia de la aplicación de los PAP en el ámbito deportivo, el punto de partida lo realiza Coldeportes (2016) al realizar una Guía de los PAP para los Supérate intercolegiados, siendo la única aproximación que existe y la cual se encuentra de forma genérica sin especificar situaciones o brindando una mayor ejemplificación tal como lo mencionaron los jueces en los hallazgos encontrados; tal como lo reporta la juez 3 “no creo que sea un profesional, sino que debe tener ciertas actitudes, debe ser una persona tranquila, calmada que sepa comunicar bien las cosas, que no use lenguaje técnico, que sea prudente, debe conocer el contexto deportivo y sobre todo detener habilidades interpersonales”.

Como se mencionó anteriormente, la necesidad de la creación de un protocolo de atención en crisis por lesión deportiva se da debido a que no existe evidencia empírica orientada en esa área, con esta población específica y dirigido a que el rol de primer respondiente lo realice una persona no profesional en psicología y que se encuentre presente durante competencia o entrenamiento al momento en que se presente el evento.

Dentro de las recomendaciones realizadas por los jueces expertos, expresan la necesidad de incluir el CASIC como parte de la atención primaria para evaluar un intento de suicidio, la juez

10 indica “ lo del perfil del CASIC es muy importante que lo tengan presente (...) hay que evaluar todos los síntomas somáticos, cognitivos, afectivos y emocionales para poder saber el estado de la crisis de una persona”; aunque no existe un reporte de intento de suicidio originado por una crisis de lesión deportiva y teniendo en cuenta que la atención no la va a realizar un profesional del área de psicología, dentro de las recomendaciones se incluyen preguntas básicas de forma que se pueda abordar. De acuerdo con Slaikeu (1996) la aplicabilidad del CASIC debe realizarse sobre tres momentos el pasado, presente y futuro inmediato y de esta forma indagar sobre algunos aspectos relevantes, escuchando características relevantes de la persona en las cinco dimensiones: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo. Dentro de la guía de la Universidad industrial de Santander (2014) la evaluación del CASIC se realiza en la segunda sesión, dados los criterios y circunstancias en las que se realiza la atención, sin dejar de lado el motivo por el cual se realiza.

De acuerdo con la revisión de la bibliografía relaciona con el sexo y la idea de realizar una edición incluyendo un apartado referente al sexo, se concluye que no se realiza esta diferenciación debido a que puede sesgar la atención que realice el primer respondiente, al momento de realizar esta atención el sexo no es un factor que incida o varié la atención y que el incidente por lesión deportiva no requiere una atención particular segmentada según el sexo; por lo cual, es una temática que se podría contemplar para una intervención de segunda instancia luego de realizar los PAP.

La diferenciación por sexo, tendría relevancia durante la prevención y rehabilitación de lesiones deportivas, de acuerdo con López y Alvariñas (2011) reflejan las desigualdades dentro de las investigaciones en las ciencias aplicadas al deporte y la actividad física, las mujeres continúan con sesgos dados por estereotipos y falsas creencias asociados al deporte; Chandy y Grana (1985) mencionan la variabilidad de la frecuencia de algunas lesiones y la gravedad de la

misma según el sexo, así como una diferenciación en la percepción del dolor, diferencias en las respuestas ante un evento como una lesión de acuerdo a el sexo; variables que pueden incidir durante el proceso de rehabilitación.

En las próximas fases, se realizara el ajuste de las recomendaciones a una metodología para crear el protocolo dando cumplimiento a los requerimientos, así como la realización del flujograma, y en la fase de capacitación e implementación del protocolo hacer uso de metodologías y estrategias que faciliten el entendimiento por parte del primer respondiente. Se recomienda para futuras ediciones, diferenciar el protocolo por los roles del primer respondiente, separando entrenadores, padres, deportistas y personal de salud; ya que, cada grupo poblacional cumple con unas pautas acordes con el rol que desarrollan y la atención en crisis podría variar de acuerdo a este mismo, así como en función de una crisis en competencia o entrenamiento; igualmente, se recomienda tomar en consideración la diferenciación de la atención según el nivel deportivo, ya que no es lo mismo realizarla en un deportista profesional, que un amateur o recreativo (Osorio, Clavijo, Arango, Patiño y Gallego, 2007); así como diferenciar la atención en crisis de acuerdo a la edad, brindando un paso a paso del procedimiento a realizar según las características de cada grupo (Cuervo y Sales, 2012; Lopéz, Otalvaro y Malatesta, 2017).

Referencias

- Añorve, D., Díaz, F., y Góngora, V. (2015). Las políticas de género y el auge olímpico de las atletas. Estudio comparativo de seis países. *Gestión y Política Pública*. Recuperado de Biblioteca Juan Roa Vásquez (NO EL RECUPERADO DE SI NO LA URL O EL VOLUMEN)
- Asensió, J. (1991). La comunicación como medio educativo. *Educar*, (18), 41-52.
- Bocanegra, D., y Nieto, D. (2010). Modelos de atención a víctimas de delitos: revisión conceptual y observación de la experiencia de tres centros de victimoasistencia en la ciudad de Bogotá. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(2), 321-338.

- Carratala, V., García, A., Carratalá, E. (1988). Análisis de las diferencias por género y grupo en los factores de los iguales relacionados con la práctica deportiva. *Revista de Psicología del Deporte*, 7(2), 283-292.
- Chandy T., y Grana, W.(1985). Secondary school athletic injury in boys and girls: a three year comparison. *Phys Sports Med*, 13, 106-11.
- Chien-Yu, L., Ping-Chao, L., y Hui-Fang, N. (2009). Theorizing the Role of Sport in State-politics. *International Journal of Sport and Exercise Science*, 1(1), 23-32.
- Coldeportes. (2016). *Guía de Primeros Auxilios Psicológicos Superate Intercolegiados*. Recuperado de [http://www.superateintercolegiados.gov.co/recursos_user/Superate_Doc/2017/psicologia/PA P%20Superate.pdf](http://www.superateintercolegiados.gov.co/recursos_user/Superate_Doc/2017/psicologia/PA%20Superate.pdf)
- Condori, L., Palacios, A., y Ego-Aguirre, V. (2002). *Impacto psicológico en el trabajo en emergencias y desastres en equipos de primera respuesta*. Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres. Recuperado de <http://www.oocities.org/psicoresumenes/articulosNuevo/intervencion.pdf>
- Contreras, C. (2018). *Efectividad de los primeros auxilios psicológicos para prevenir síntomas depresivos en pacientes con trauma reciente en Chile*. Recuperado de: <http://repositorio.uc.cl/>
- Cuervo, K., y Sales, L. (2012). *Guía para familiares y afectados por crisis o desastres*. Recuperado de <http://www.opside.uji.es/docs/Guiafamiliarescrisis.pdf>
- Dehaven, K., y Lintner, D. (1986). Athletic injuries: comparison by age, sport, and gender. *Am J Sports Med*, 14, 218-224
- Everly, G., & Mitchell, J. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: A review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(4), 211-226.
- Flannery, R., & Everly, G. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(2), 119-126.
- Fleiz, C., Ito, M., Medina-Mora, M., y Ramos, L. (2008). Los malestares masculinos: Narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. *Salud mental*, 31(5), 381-390.
- Fox, J., Burkle, F., Bass, J., Pia, F., Epstein, J., & Markenson, D. (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Medicine Public Health Preparation*, 6(3):247-52.

- Gantiva, C. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(2), 143-145. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a12.pdf>
- Garrick, G., y Requa R. (1988). The epidemiology of foot and ankle injury in sports. *Clin Sports Med*, 7, 29-36.
- Guerrero, J. (2001). Visión psico-social en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 1(1), 69-79.
- Hall, J. (1980). Gender differences in nonverbal communication skills. *New Directions for Methodology of Social and Behavioral Science*, 5, 63-77.
- Hernández, I., y Gutiérrez, L. (2014). *Manual Básico de Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado de https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2016/08/manual-primeros-auxilios-psicolc3b3gicos_2014.pdf
- Kebede, A. & Ratnakar, R. (2013). The Psychological Aspects of Injury in Sport. *International Journal of Social Science & Interdisciplinary Research*, 2 (2), 1-14. doi: ISSN 2277 363
- López, C., y Alvariñas, M. (2011). Análisis muestrales desde una perspectiva de género en revistas de investigación de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte españolas. *Apunts Educación Física y Deportes*, (106), 62-70.
- López, L., Otalvaro, L., y Malatesta, C. (2017). Educación para la Paz y los Derechos: Sexualidad al Derecho. *Guía *2. Para la promoción y protección de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos de Niños, Niñas y Adolescentes en la Escuela*. Recuperado de http://www.cali.gov.co/educacion/publicaciones/113148/guias_de_educacion_para_la_paz_y_los_derechos_son_trabajadas_por_el_comce/
- McPherson, B., Curtis, J., & Loy, D. (1990). *The social significance of sport: an introduction to the sociology of sport*. Champaign, IL: Human Kinetics
- Ministerio de Salud y Protección Social y Organización panamericana de la Salud. (2014). *Documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia 2014*. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2014/07/Documento-propuesta-Politica-Nacional-de-Salud-Mental-Colombia-2014.pdf>
- Mohtaa, M., Sethi, A., Tyagi, A. & Mohta, A. (2002). Psychological care in trauma patients. *Injury, international journal of the care injured* 34, 17-25. doi: 10.1016/S0020-1383(02)00377-7
- Montenegro, P., y Cabello, R. (2018). *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos. En crisis individuales y colectivas*. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/06/Manual-ABCDE-para-la-aplicaci%C3%B3n-de-Primeros-Auxilios-Psicol%C3%B3gicos.pdf>

- Naranjo, R. (2013). Tres protocolos de atención para mujeres víctimas de violencia de género Sector salud: Acceso a la justicia y Hogar de Acogida. *Protocolo para el abordaje integral de las violencias contra las mujeres desde el sector salud*. Recuperado de www.cali.gov.co/descargar.php?id=45303
- Nieto, G., y Jara, P. (2007). Intervención psicológica con deportistas en crisis: análisis y reflexión desde un caso. *Revista de psicología del deporte*, 7(2). Recuperado de: <https://www.rpd-online.com/article/viewFile/99/99>
- Olivera, G., Holgado, M., y Cabello, J. (2001). Lesiones deportivas frecuentes en atención primaria. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 8(5), 307-320.
- Olmedilla, A., Ortega, E., Abenza, L., y Boladeras, A. (2011). Lesiones deportivas y psicología: una revisión (2000-2009). *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 11(1), 45-57.
- Ordóñez, A. (2011). Género y deporte en la sociedad actual. *Polémika*, 3(7). Recuperado de: <http://revistas.usfq.edu.ec/index.php/polemika/article/viewFile/404/381>
- Osorio, J., Clavijo, M., Arango, E., Patiño, S., y Gallego, I. (2007). Lesiones deportivas. *Latreia*, 20(2), 167-177.
- Pérez, J., Cortell, J., Suárez, C., Andreu, E., Chinchilla, J., y Cejuela, R. (2008). La salud en la competición deportiva escolar. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 8 (31), 212-223
[Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista31/artsalud81.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista31/artsalud81.htm)
- Podlog, L., Wadey, R., Stark, A., Lochbaum, M., Hannon, J. & Newton, M. (2013). An Adolescent Perspective on Injury Recovery and the Return to Sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 14 (4), 437–446. doi: 10.1016/j.psychsport.2012.12.005
- Ríos, G. (2007). Diferencias léxicas entre el hombre y la mujer en tres centros de interés: Saludo, temas de conversación y despedidas. *Filosofía y Lingüística*, (1) 151-166.
- Rodríguez, D., Martínez, M., y Mateos, C. (2005). Identidad y estereotipos de la mujer en el deporte: una aproximación a la evolución histórica. *Revista de investigación en educación*, 2, 109-126.
- Slaikew, K. (1996). Intervención en crisis. *Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Timpka, T., Alonso, J., Jacobsson, J., Junge, A., Branco, P., Clarsen, B., Kowalski, J., Mountjoy, M., Nilsson, S., Plum, B., Renstrom, P., Ronsen, O., Steffen, K., & Edouard, P. (2014). Injury and illness definitions and data collection procedures for use in epidemiological studies in Athletics (track and field): Consensus statement. *British Journal of Sports Medicine*, 48, 483–490. doi:10.1136/bjsports-2013-093241

- True, J. (2003). Mainstreaming Gender in Global Public Policy. *International Feminist Journal of Politics*, 3(5), 368-396.
- True, J., y Mintrom, M. (2001), Transnational Networks and Policy Diffusion: The Case of Gender Mainstreaming. *International Studies Quarterly*, 45, 25-57.
- Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía de atención pacientes en crisis emocional- Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf
- Uribe, J., Gobera, L., y López, L. (2007). Descripción cualitativa de la atención psicológica en áreas críticas del Hospital Ángeles Metropolitano. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 5(2), 65.
- Viveros, M. (2002).Capítulo 2. Socialización y construcción identitaria en contextos regionales diversos. *De quebradores y cumplidores: sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. (pp.122-260). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/1278/>
- Withman P., Melvin, M., y Nicholas, J. (1981). Common problems seen in a metropolitan sports injury clinic. *Phys Sports Med*, 9, 105-110.