

Control de entrenamiento atlético: Consideraciones generales

Dr. J. ESTRUCH

Dr. J. GALILEA

Es algo ya incuestionable la sistematización del entrenamiento atlético dentro de una racional comprensión de lo biológico y lo teórico. Resulta por tanto de sumo interés el compaginar las informaciones que por distintas fuentes se obtienen de cada atleta, reuniendo en un solo documento los informes remitidos por *la clínica* —apoyados en los periódicos controles a que se somete aquél—, *los técnicos*, —basados en el juicio objetivo del entrenador— y a caballo de ambos los de *control médico del entrenamiento*, sugeridos por los datos recogidos por el médico deportivo en el curso de las sesiones de entreno.

Es indudable que un «dossier» sobre determinado atleta resulta incompleto si junto a los datos recogidos por el análisis técnico de su entrenamiento y de su rendimiento competicional, no figuran los referentes a las exploraciones clínicas practicadas que nos hablen de sus características biológicas; a la inversa, carece de sentido práctico la información médica si no viene acompañada por el refrendo de unas conclusiones de orden técnico.

Sin embargo, con frecuencia el informe médico a través de los resultados clínicos es en la práctica excesivamente frío y protocolario, unas veces como consecuencia lógica del tipo de exploraciones practicadas, —muy completas si se quiere desde el punto de vista científico, pero poco aptas para inducir a un determinismo claro y concreto de orden práctico—, y otras veces, quisiéramos fueran las menos, provocadas por un recelo del médico a introducirse en un campo que desconoce. De la misma forma el informe técnico adolece muchas veces de una base biológica cierta, apoyándose en gran parte en

apreciaciones subjetivas de más o menos exactitud según sea la experiencia del entrenador. Sinceramente creemos no basta ni la buena preparación científica de unos, ni la gran experiencia de los otros, es preciso infundir al informe médico una proyección práctica y al informe técnico una base biológica; pero a pesar de que sean conseguidas idealmente ambas condiciones, insistimos en la necesidad del *control médico del entrenamiento en pista* —usando esta última palabra en sentido genérico—, por cuanto con él puede conseguirse una más exacta ponderación de los resultados y un mayor enriquecimiento en experiencia del médico, por cuanto al atleta, en su propio ambiente y realizando un esfuerzo específico, supone una rica fuente de información a añadir al perfil biológico que del mismo se haya obtenido en clínica.

La experiencia personal me incita a reflexionar sobre una serie de consideraciones generales, a las que particularizando podrían añadirse indudablemente otras muchas más:

1.ª *La labor del médico en la pista no debe limitarse a la fría y protocolaria anotación de resultados de una exploración rutinaria, sino que debe abarcar la total fenomenología biológica del atleta en pleno esfuerzo.* Si bien las tomas de pulso y presión, —generalmente usadas en la práctica, en especial las primeras—, ya aportan datos suficientes para enjuiciar la bondad o no del plan de entrenamiento propuesto, es indudable que su simple anotación no induce a consecuencias prácticas si no se relaciona con la finalidad perseguida en la sesión de entreno, con las características individuales, con las circunstancias ambientales, con

la situación actual biológica y deportiva del atleta, etc.

2.^a *La contribución en medios de exploración, aparte las dificultades individuales que presenta su utilización, no debieran regatearse, por cuanto los resultados obtenidos son sin género de duda los más fehacientemente demostrativos de la realidad biológica del hecho deportivo.* Es innegable que el atleta en su prueba o en su entrenamiento específico realiza el más idóneo «test de valoración funcional» que pueda darse, y por ende del que mejores y más exactos resultados técnicos y médicos puede obtenerse. Es por ello que todo cuanto suponga perfección en la recogida de datos tiene un incalculable valor, pese a que, hemos de convenir, resulta extraordinariamente difícil la utilización de utillaje de exploración en estas condiciones.

3.^a *La presencia del médico en la pista y el trabajo conjunto con el entrenador sobre el atleta, presta a éste y a aquél mayor confianza en el plan de entrenamiento propuesto, dando ocasión por otra parte de corregir sobre el terreno los posibles errores de planteamiento o de introducir modificaciones en beneficio de una mayor adaptación o de un mayor rendimiento.* Creemos que el enunciado de este punto es lo suficientemente expresivo como para ahorrarnos mayores comentarios, todo lo más insistir en que con él venimos a traer a colación nuevamente la tan necesaria vinculación del atleta, entrenador y médico, y la obligada aportación científica de éste al trabajo de aquéllos.

4.^a *La simple presencia del médico en las sesiones de entrenamiento, proporciona a éste una rica experiencia en dos órdenes: Uno puramente físico referido al análisis de la mecánica del movimiento del atleta, que en muchos casos puede orientar de una forma determinante sobre supuestos déficits de rendimiento o sobre la etiología de las tan frecuentes lesiones de sobrecarga (tipo de calzado, características del terreno, defectos técnicos en la carrera o en el salto, etc., etc.). Otro también importante, psíquico: Relaciones interhumanas entre entrenador y entrenador, o de atletas entre sí; aceptación del trabajo impuesto, formas de reaccionar frente a sí mismo o frente a los demás, circunstancias ambientales, etc.* Se hace preciso pues al médico conocer a fondo el deporte cuyos practicantes son objeto de estudio, los métodos de entrenamiento y las limitaciones impuestas por características individuales, relacionando conocimientos biológicos y deportivos a la luz de las vivencias adquiridas en la pista.

De otra parte también el médico debe conocer tanto como el entrenador, la personalidad del atleta. su «yo», por cuanto al esfuerzo, por encima de su expresión mecánica, tiene un indudable componente psíquico, y es precisamente en la pista donde muchas veces de una forma más abierta se manifiesta espontáneamente la personalidad del atleta.

5.^a *La vigilancia del médico debe procurarse no quede limitada a un solo atleta dentro de una sesión de entrenamiento: En general este tipo de tutela preferente es mal interpretada.* Efectivamente la dedicación en exclusiva de la atención del médico por un determinado atleta es interpretada casi siempre en sentido negativo. tanto por el propio atleta como por sus compañeros: Por parte del interesado puede ser llevada por cauces contrapuestos, bien hacia una supervaloración frente a los demás, o por el contrario al recelo de una posible situación patológica; por parte del resto de compañeros siempre es enfocada como una preferencia rechazable.

6.^a *Las modificaciones o sugerencias al plan de entrenamiento debe hacerlas el médico a través del entrenador y nunca directamente ser comunicadas al atleta, salvo casos excepcionales.* Es de sentido común que si el plan de entrenamiento ha sido realizado e impuesto por el entrenador, sea éste y sólo éste el que deba rectificarlo o modificarlo, bajo indicación médica o por motivos técnicos. De otra parte el incumplimiento de esta norma, rompe la armonía médico-entrenador que tanto preconizamos, y crea en el atleta un confusionismo ciertamente no deseable.

7.^a *Diálogo constante entre entrenador y médico sobre las vicisitudes del entrenamiento del atleta (peculiaridades de la sesión de entreno, defectos técnicos, orientación sobre recientes incorporaciones al trabajo deportivo de post-lesionados, etc.).* Este diálogo conlleva a un acercamiento entre ambos, establece una corriente de confianza del uno para con el otro y en último término una comunión de criterios que necesariamente han de redundar en un incuestionable beneficio para la mayor efectividad del entrenamiento.

8.^a *Los datos recogidos deben ser cuidadosamente anotados e incorporados al expediente médico-deportivo de cada atleta, no tan sólo para evitar posibles olvidos en posteriores actuaciones, sino porque lógicamente deben ser sometidos a análisis ulterior tras de la sesión de entreno y servir de cotejo a controles sucesivos.*

9.^a Tanto los controles realizados en clínica como los practicados en la pista deben relacionarse entre sí a la hora de redactar el informe médico-deportivo sobre un determinado atleta. Reaiga o no en el mismo médico la doble misión de control en clínica y de control en pista, los datos recogidos en ambas deben ser relacionados por el médico que se ocupa del último tipo de control, dando así a su informe un mayor carácter científico apoyándose en la exploración clínica, y llevando a su vez a ésta a la realidad práctica gracias a su proyección en el control en pista.

Es indudable, como ya apuntábamos más adelante, que son sugeribles otras muchas condiciones de todo orden que podrían complementar las expuestas, pero en definitiva todas girarán, o deberán girar en torno de dos premisas fundamentales: La necesaria proyección de la actuación médica fuera del especificismo marco de la clínica, para complicarse de lleno en la realidad palpitante del hecho deportivo de una parte, y de otra las propicias circunstancias que se dan en el curso de una sesión de entrenamiento para el perfecto ensamblaje del tan repetido trinomio «médico-entrenador-atleta».

