

Edad escolar, deporte y psicopatías

DR. J. R. SERRA-GRIMA.

Comentario a cinco casos de disturbios psíquicos con rasgos obsesivos en jugadores de baloncesto:

Historia n.º 1:

J. M. B., 17 años, estudiante de Preuniversitario; antecedentes fisiopatológicos normales; nivel intelectual medio; tipo constitucional atlético-asténico; practica baloncesto desde los 10 años.

Historia n.º 2:

J. A. C., 18 años, estudiante de primero de Arquitectura; sin antecedentes fisiopatológicos; nivel intelectual superior; tipo constitucional pícnico-atlético; introvertido; practica baloncesto desde los 13 años.

Historia n.º 3:

J. B. E., 18 años, estudiante de Selectivo de Ciencias; sin antecedentes fisiopatológicos; nivel intelectual medio; tipo constitucional atlético; practica baloncesto desde los 10 años.

Historia n.º 4:

R. C. R., 17 años, estudiante de Náutica, sin antecedentes fisiopatológicos; nivel intelectual medio; tipo constitucional atlético; practica baloncesto desde los 9 años.

Historia n.º 5:

J. N. B., 17 años, administrativo; sin antecedentes fisiopatológicos; tipo constitucional at-

lético; nivel intelectual medio; practica baloncesto desde los 13 años.

Todos ellos practican el mismo deporte desde los 10-11 años, iniciándose en equipos infantiles y ya desde entonces sobresalen por sus facultades físicas y técnica del resto de sus compañeros. La falta de monitores bien preparados en la escuela obligan al recurso de profanos y en estas condiciones se inician en la educación físico-deportiva. Los Delegados de sus equipos respectivos prestan toda su atención a uno o dos elementos destacados del grupo, prescindiendo de si poseen o no las virtudes de un «Líder» dentro del equipo, obligando a los restantes a observar con atención los alardes técnicos de los adelantados. En los entrenamientos y en la competición ellos serán los mimados y agasajados hasta extremos insospechados, tal vez, incluso con repercusión efectiva sobre la escolaridad. Se les exige en el partido decisivo o en aquel de simple intrascendencia el máximo rendimiento. Se recuerda solemnemente que no hay victoria sino se encesta con holgura. Se ha inculcado la victoria como imperativo y el deporte como mera necesidad competitiva. En la época puberal y adolescencia, con las crisis de crecimiento de talla, desarrollo morfológico viril y aumento definido de los genitales externos, unido a los profundos traumas psicológicos, además de una inadecuada educación psicodeporti-

va, puede representar el inicio de la estructuración de una personalidad neurótica.

Hay que separar dos aspectos:

1.º Superioridad y divismo del cual es irresponsable cualquiera de ellos, ya que les han sido impuestos por sus monitores.

2. Exceso de responsabilidad que el muchacho no alcanza a asimilar, pero que llevado por la necesidad del juego acepta inconscientemente. La reiteración de «ideas autóctonas» se produce a pesar de su oposición.

Las crisis ansiosas, reacción primitiva de impotencia ante el adversario, reflejan la instauración solapada de la neurosis, facilitada por el hecho de que en la pubertad y adolescencia los mecanismos de defensa del Yo contra la angustia ceden y el obsesivo puede evolucionar hacia el delirio de la esquizofrenia, grave trastorno que incapacita a cualquier individuo para toda actividad deportiva competitiva. Se ha dicho que la apariencia íntima entre angustia y neurosis depende de que el Yo se defiende por un igual contra los peligros internos y peligros reales externos y que esta orientación de actuación defensiva descubre una neurosis por imperfección del aparato anímico.

Las historias personales y psicopatológicas de los cinco casos mencionados tienen como característica común el divismo fomentado por los improvisados monitores y la excesiva responsabilidad que se le confería. Si a ello unimos el error básico del deporte tomado con fines puramente de competición y a edades tempranas obtendremos una vía para la estructuración de un desequilibrio afectivo que posteriormente alcanzará las crisis de angustia o la personalidad neurótica plenamente establecida. Estos trastornos psíquicos tienen interés dado que un reducido grupo deportivo (50) hemos tenido ocasión de observar los cinco casos. Los rasgos clínicos que han definido la psicopatía obsesiva son prácticamente idénticos en todos ellos: pérdida de la capacidad de reacción y del apetito, astenia, insomnio, reflexograma muy disminuido, intranquilidad, «psicosis de partido», supervaloración de los contrarios y gran tensión psíquica. El juego como competición y sus desenlaces, victoria o derrota, les impulsa a sobredosificarse en los entrenamientos y a un control riguroso de su efectividad.

Se ha comprobado que finalizada la competición han remitido en parte todos los síntomas más arriba señalados en cuatro de ellos, con mejora del rendimiento, forma física y capacidad de recuperación y de la eficacia de «transformación de tiros» de forma espectacular. En un caso, sin embargo, en que el rendimiento en período de competición descendió discretamen-

te se pudo comprobar su capacidad de concentración, lo que en momentos de gran tensión psíquica le permitía relajarse y rendir normalmente. Fue al finalizar el campeonato y seguir con entrenamientos de recreo cuando se manifestaron aquéllos y se atribuye este hecho curioso a que una vez desaparecida la tensión psíquica entraban en una fase de psicostenia y apatía con bajo rendimiento físico.

A modo de orientación: La educación físico-deportiva debe procurar iniciarse entre la segunda y tercera infancia, no debiendo limitarse al adiestramiento de la capacidad motora esencial, fuerza, resistencia, etc., sino que debe conseguir con la ayuda de monitores bien preparados utilizar correcta y económicamente cualquier estructura neurobiológica, alcanzar el placer del ejercicio físico y tener en cuenta que la frustración frente a un obstáculo puede desencadenar una modalidad depresiva.

El motivo por el cual el ejercicio físico debe iniciarse prudentemente en la segunda y tercera infancia es que una inadecuada maduración psicomotriz es capaz de inducir a un desequilibrio afectivo.

El placer ante el ejercicio o la apatía nos indicarán la pauta a seguir en los entrenamientos. El monitor tiene la obligación de conocer los problemas de sus jugadores con el fin de evitar tales conflictos afectivos.

Ante una incipiente personalidad neurótica se hará psicoterapia y, si ésta resulta inefectiva, se procurará cambiar de deporte, orientándole hacia aquellos que se desenvuelven en grandes espacios y al aire libre, ya sea el esquí, atletismo, montañismo, etc. La psicoterapia puede ser suficiente en la mayoría de los casos para normalizar los trastornos psíquicos que pueden presentarse en determinados atletas. En este punto cabe preguntarse si puede ser más necesario el médico deportivo que el psicólogo en un Club o Sociedad Deportiva. En todo caso, el médico deportivo debe ser ferviente practicante de la «psicología comprensiva», prestando tanta importancia a este aspecto como si se tratase de una exploración física de base. Los cinco baloncestistas sometidos a tratamiento psicoterápico superaron sus estados de desequilibrio.

Hemos visto que la actividad deportiva con carácter exclusivo de competición puede desarrollar trastornos psicológicos diversos en individuos predispuestos constitucionalmente, traumas familiares, sociales y escolares. Pero esta misma causa que induce a disturbios psíquicos de variada intensidad puede actuar en determinadas circunstancias y condiciones como un mecanismo de defensa y conseguir superar la psi-

copatía «funcional» con regresión a la normalidad absoluta. Vemos pues que en toda actividad deportiva planificada hay un punto central de equilibrio al que situamos como «eje de un

péndulo» que con sus oscilaciones periódicas nos lleva de un estado psicológico perfectamente equilibrado al disturbio evidente o viceversa (ver figura núm. 1).

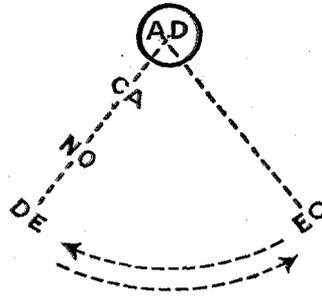


Fig. 1

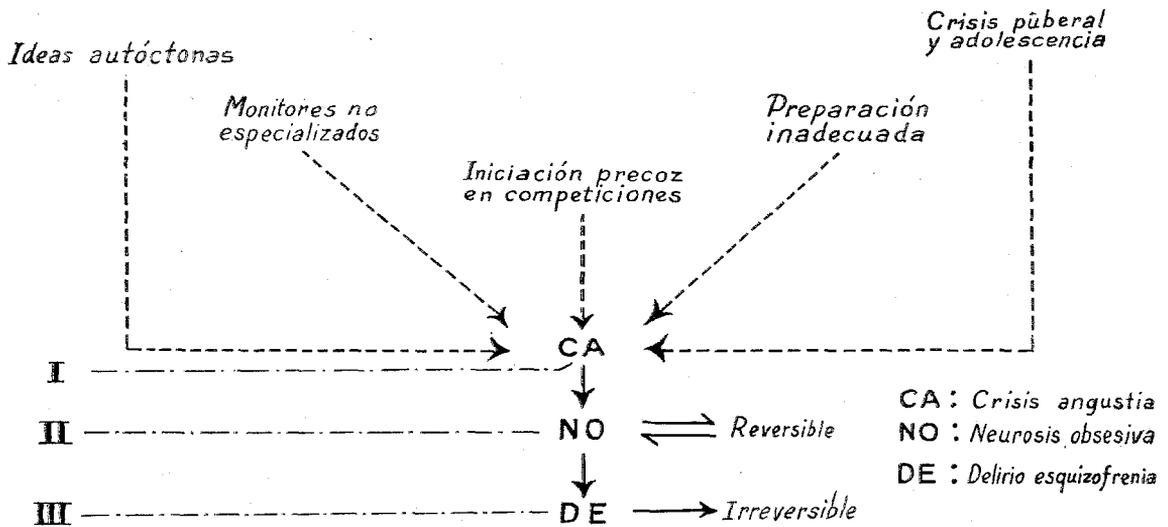


Fig. 2

En la figura 2 vemos que una serie de circunstancias conducen a crisis ansiosas como primer paso en el desarrollo de la psicopatía. Si persisten en su influencia puede llegarse a la neurosis del tipo obsesivo reversible.

Sólo mencionamos el delirio de la esquizofrenia como grado más avanzado pero carece de interés puesto que el médico deportivo no tendrá ocasión, ni debe tratar tales casos.

Como punto final añadiremos que en una comunidad en la que las doctrinas materialistas pretenden infiltrarse en todos los estratos sociales, las encuestas y experiencias personales nos indican que el deporte debidamente planificado constituye un mecanismo para satisfacer profundas sensaciones de inseguridad e in-

suficiencia vital, con repercusión beneficiosa sobre la condición humana del individuo.

El deporte como competición inconscientemente pretende compensar una impotencia encauzando los instintos agresivos. Independientemente de ésta, la actividad deportiva en sí misma satisfará a aquellos individuos con discretos síntomas de angustia y tendencias psicopáticas. En su expresión más categórica el deporte no está condicionado por el éxito ni por el placer y deseos competitivos.

Este es, tal vez, el punto más importante que merece recalcar para tenerlo en cuenta quien tenga a su cuidado principiantes en la actividad físico-deportiva.