



EL DOLOR EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

Carlos Fernández del Ganso

Psicoanalista. Escuela de Psicoanálisis Grupo Cero

correo.contacto@loquesea.com

RESUMEN

No hay dolor ni sueño que signifiquen lo mismo para cada deportista. No hay dos lesiones iguales y el dolor es señal prototípica de la representación del cuerpo, sobre el que actúan en toda lesión deportiva: sustancias químicas, factores mecánicos y mecanismos psíquicos. Por ejemplo: un dolor en la pierna que persiste e invalida la posibilidad de competir, un mal paso o un paso no realizado en la paternidad del record, el fallido de una patada al balón, "algo" que debe elaborarse psíquicamente se elabora físicamente produciendo fallos en la práctica deportiva y lesiones en el cuerpo.

EL DOLOR EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

No hay dolor ni sueño que signifiquen lo mismo para cada deportista. No hay dos lesiones iguales y el dolor es señal prototípica de la representación del cuerpo sobre el que actúan en toda lesión deportiva: sustancias químicas, factores mecánicos y mecanismos psíquicos. Un dolor en los isquiotibiales de la pierna que persiste e invalida la posibilidad de competir, un paso no realizado en la paternidad del record, una patada al aire en el propósito de golpear un balón, "algo" que debería elaborarse psíquicamente se elabora físicamente.

Nos centraremos en aquellas lesiones deportivas más frecuentes, las musculares, que ocupan el 80% del total y en cuya evolución el dolor es siempre imperativo para el pronóstico, pues el dolor petrifica e impide la acción del deportista en su práctica y en la rehabilitación.

Toda lesión deportiva muscular debe considerarse "lo grupal" y el dolor es una singular señal de alarma, es decir, que participan en la producción de la misma una serie de factores que señalan de manera precisa los diferentes mecanismos psíquicos.

El llamado "entrenamiento invisible" tan fundamental en la preparación del deportista nos habla de "lo invisible e inconmensurable" en cada deportista. El dolor, ese concepto que no puede visualizar el ojo clínico, que no puede registrar instrumento tecnológico alguno y que sin embargo no cesa de hablar a través del cuerpo descargando por la voz su semejanza con el grito.

A veces al deportista le duele en su lesión, el no poder hablar y esa detención motora de lo que no debe detenerse, duele. Así cuando no hay movimiento el dolor es máximo y cuanto mayor es el dolor más silencioso es el quejido.

Desde finales del siglo XIX, observaron los científicos la estrecha relación de las dolencias musculares, óseas y articulares con el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. Demostró Sigmund Freud, que la posición histérica convierte en dolor físico lo que tenía que haber transcurrido como dolor psíquico. Quede claro que la histeria no crea el dolor, sino que lo utiliza; utiliza una zona erógena del cuerpo del deportista para expresarse. Es decir hay conexión entre el dolor físico y el afecto psíquico doloroso.

El dolor es el más imperativo de todos los procesos, pudiendo considerarse que la descarga de placer produce satisfacción y la descarga de displacer produce dolor en el sujeto. Siendo el dolor uno de los márgenes del Principio que rige la tensión psíquica precisa entre el placer y el displacer.

Por eso que en toda lesión deportiva se puede escuchar no la causa del dolor sino el producto-efecto de lo que habla inconscientemente en el cuerpo del deportista. Siendo el dolor una señal de alarma que indica un goce intolerable, un displacer del cual no se puede huir mediante la motilidad. Tratándose más de una detención de la motilidad, tan imprescindible en la práctica deportiva, que algo del orden de la sensibilidad del atleta.

El dolor no integra manifestaciones motoras, de modo tal que cuando estas se presentan demuestran ser consecuencias del mismo o reacciones ante él. La transición desde el dolor físico al dolor psíquico corresponde al paso desde la carga narcisista a la carga de objeto, en la que la libido se detiene en una zona que previamente se presentó como fuente erógena y sobre la que ahora recae, en una segunda escena, el dolor en la lesión muscular.

EL DOLOR EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

Tratar el proceso de la lesión no asegura resolver el dolor que lo acompaña. En la ecuación etiológica de toda enfermedad y lesión del cuerpo debemos considerar: el motivo, el mecanismo y la sobredeterminación inconsciente, porque no es el dolor del traumatismo sino el dolor psíquico de los límites, es decir el umbral de excitación lo que el proceso álgido alerta. De tal modo que la sensación displaciente del dolor señala los límites económicos del aparato psíquico en la que el cuerpo habla.

Si revisamos la semiología de la sensibilidad podemos ver que la sensibilidad de nuestro cuerpo descansa en la activación de las terminaciones nerviosas repartidas en el seno de los tegumentos y de las estructuras profundas: músculos, vasos, vísceras. Estas terminaciones o receptores transforman una estimulación mecánica, térmica, química o eléctrica en un mensaje aferente, de llegada al cuerpo.

Las informaciones transmitidas tienen para el organismo dos significaciones posibles: función de alarma, de protección o de aviso y la otra función es la exploración de las formas y adaptación de los gestos analgésicos. Sin embargo no es posible considerar el dolor como una modalidad sensorial unida a un sistema anatómicamente rígido con sus receptores, sus vías y sus centros.

En el examen de la sensibilidad podemos discernir entre: a) los dolores resultantes de una afección somática que indican el funcionamiento normal del dispositivo somestésico (organización de la sensibilidad del cuerpo) solicitado por estimulaciones anormales y b) el dolor neurológico que es una respuesta anormal del sistema nervioso alterado por estimulaciones aferentes de orden fisiológico.

Sabemos que la calidad y la intensidad del dolor son difíciles de evaluar y la descripción depende de cada sujeto pudiendo describirse como quemadura, trituración, mordedura, puñalada, descarga eléctrica con una topografía y temporalidad permanente, paroxística, fulgurante, continúa, difusa...

Merecen la atención para establecer un diagnóstico diferencial las llamadas parestesias que son sensaciones "anormales" no dolorosas, descritas como hormigueos o picazón.

Para pintar el cuadro clínico del dolor en las lesiones musculares citaremos algunas pinceladas sobre los Mecanismos Psíquicos que intervienen en el proceso de las lesiones músculo esqueléticas, siendo el dolor un límite corporal no mensurable, pero si audible y singular en todos los casos.

Primera pincelada:

En 1932 Alberte Einstein en correspondencia con Sigmund Freud se pregunta ¿Qué podría hacerse para evitar a los hombres el destino de la guerra? Rescatamos un párrafo de la carta con la que Freud responde a Einstein: "Al principio, en la pequeña horda humana, la mayor fuerza muscular era la que decidía a quién debía pertenecer alguna cosa o la voluntad de quien debía llevarse a cabo. Al poco tiempo la fuerza muscular fue reforzada y sustituida por el empleo de herramientas: triunfó aquel que poseía las mejores armas o que sabía emplearlas con mayor habilidad. Con la adopción de las armas, la superioridad intelectual ya comienza a ocupar la plaza de la fuerza muscular bruta, pero el objetivo final de la lucha sigue siendo el mismo: por el daño que se le inflige o por la aniquilación de sus fuerzas, una de las partes contendientes ha de ser obligada a abandonar sus pretensiones o su oposición. Este objetivo se alcanza en forma más completa cuando la fuerza del enemigo queda definitivamente eliminada, es decir, cuando se lo mata".

EL DOLOR EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

Y cuando el mayor enemigo anida en el propio sujeto, puede darse la frecuente reiteración de algunas lesiones en deportistas de élite. Un ejemplo clínico es el caso de aquel deportista que llegó a nuestra consulta con tres lesiones en el plazo de seis meses de la porción larga del bíceps femoral en la pierna derecha. Y a pesar de conseguir la mejoría de cada lesión muscular y la autorización médica para volver a entrenar, en la repetición significativa, insistía el conflicto inconsciente intolerable y doloroso para el deportista que por fin pudo elaborarse. En los dos años posteriores no padeció recaída alguna. El sentimiento inconsciente de culpabilidad juega un papel importante en toda lesión muscular y la necesidad de castigo, en la lesión, alivia el dolor de la culpa.

Segunda pincelada:

La libido (energía psíquica) tropieza en los seres animados (pluricelulares) con el instinto de muerte o de destrucción en ellos dominantes, que tiende a descomponer estos seres celulares y, a conducir cada organismo elemental al estado de estabilidad anorgánica (aun cuando tal estabilidad sólo sea relativa). Se le plantea al sujeto, pues, la labor de hacer inofensiva esta pulsión destructora, lo que lleva a cabo orientándose en su mayor parte (con ayuda del sistema muscular) hacia fuera, contra los objetos del mundo exterior.

Cuando el deportista no puede poner palabras en su vida cotidiana, termina poniendo el cuerpo, de tal modo que la energía que debía canalizarse vía psíquica se deriva vía somática, sobrecargando la función muscular, pues sabemos que ningún músculo actúa solo ni aún en el movimiento más simple. Por eso decíamos que toda lesión muscular tiene un componente grupal, comunitario, social.

El dolor, que señala el aumento de tensión intolerable para el sujeto, es una cantidad inconmensurable, no cuantificable y singular en cada sujeto, canalizándose vía pulsional. La pulsión es un concepto que articula lo somático y lo psíquico, no siendo lo uno sin lo otro, siendo el estancamiento de la libido, doloroso en todos los casos.

Tercera pincelada:

Que el niño guste tanto de juegos en los que se produce un movimiento pasivo, como el de mecerse, y demande continuamente su repetición constituye una prueba del placer producido por ciertos movimientos mecánicos. Sabido es, nos dice Freud, lo mucho que se usa el mecer a los niños de carácter inquieto para lograr hacerles conciliar el sueño. El movimiento producido por los viajes en coche y más tarde en ferrocarril ejerce un efecto tan fascinador sobre el niño, que todos los muchachos tienen alguna vez en su vida el deseo de llegar a ser conductores.

La actividad muscular es para los niños una necesidad de cuya satisfacción extraen un placer extraordinario. La tendencia a la lucha muscular con determinada persona, así como, en años posteriores, la tendencia a la lucha oral, pertenece a los signos claros de la elección de objeto orientada hacia dicha persona. En la producción de la excitación sexual por la actividad muscular se hallará quizá una de las raíces del instinto sádico.

Con cierta frecuencia escuchamos en el proceso de lesiones óseas y articulares, rasgos inconscientes de masoquismo, ante un evento importante o ante lo que conlleva mejoras en el

EL DOLOR EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

contrato para el deportista. El sujeto no abandona gustoso nada que le hay producido placer y toda novedad puede ser vivida con peligro. No olvidemos que se dice que "más vale lo malo por conocido que lo bueno por conocer". Si no fuéramos tan buenos en la derrota, podríamos ser mejores en la victoria.

Cuarta pincelada:

La derivación hacia el exterior de la pulsión (instinto) de muerte, como instinto de destrucción, parece ser esencial para la conservación del individuo y se lleva a cabo por medio del sistema muscular. Al establecerse el superyó (como heredero de una función vigilante) considerables proporciones del instinto de agresión son fijadas en el interior del yo (con funciones de movilidad en el sujeto) y actúan allí en forma autodestructiva, siendo éste uno de los peligros para la salud a que el hombre se halla expuesto en su camino hacia el desarrollo cultural.

En general, contener la agresión es malsano y conduce a la enfermedad (a la mortificación). Una persona presa de un acceso de ira suele demostrar cómo se lleva a cabo la transición de la agresividad contenida a la autodestrucción, al orientarse aquélla contra la propia persona.

Y en los deportes se confunde con frecuencia la agresividad (estructural para el sujeto y necesaria para la competición) con la agresión (al no poder ser empleado de las palabras, puede entrar en escena el cuerpo). El cuerpo del deportista le pertenece al equipo. Todo deporte es grupal y el dolor en las lesiones musculares, óseas y articulares se mitiga correctamente, si además del tratamiento del dolor físico, consideramos el dolor anímico y por ende el alto poder analgésico de la interpretación psicoanalítica que construye situaciones en donde no es necesario dolerse tanto ante la novedad que aporta la libido para el sujeto.

Quinta pincelada:

El dolor surge -primera y regularmente- cuando un estímulo que ataca la periferia traspasa los dispositivos de la protección contra los estímulos y pasa a actuar como un estímulo instintivo continuo. Contra dicho estímulo continuo se muestran impotentes los actos musculares; actos que son eficaces en toda otra ocasión al sustraer al estímulo "el lugar" sobre el que él mismo recae.

Y que el dolor no parta de un punto de la epidermis, sino de un órgano interno, no cambia en nada la situación, nos señala Freud, pues se trata únicamente de la sustitución de un punto de la periferia exterior por otro de la interior. En toda lesión se produce un tiempo psíquico diferente; tiempo no cronológico ni lineal, sino discontinuo y recurrente, una segunda escena, que actúa de manera singular en cada deportista, de ahí que las recuperaciones de algunas lesiones parezcan "milagrosas" en algunos deportistas o de evolución incomprensible en otros casos.

Sexta pincelada:

Los síntomas más frecuentes en la histeria de conversión, tales como las parálisis motoras, las contracturas, los actos involuntarios y los dolores son procesos de carga psíquica, ya sean

EL DOLOR EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

permanentemente fijos, ya sean intermitentes. Dicho carácter hace aún más difícil su explicación si no se considera la temporalidad del concepto inconsciente.

Por medio del análisis llegamos, sin embargo, a averiguar cuál es el proceso perturbado al que sustituyen. En la mayoría de los casos resulta que la excitación tiene también una participación directa en dicho proceso, como si la "energía" del mismo se hubiera concentrado en el punto a que afectan. Así, comprobamos que en la situación primitiva, en la cual tuvo efecto la represión, existía realmente el dolor (primera escena) que ahora se nos muestra como señal de alarma.

Por su parte, la parálisis motora no es sino la defensa contra un acto que en dicha situación inicial debió de haber sido realizado, y que, por el contrario, resultó inhibido.

Las contracturas corresponden generalmente, al desplazamiento sobre un distinto punto del cuerpo de una inervación muscular a la propuesta en la situación indicada. Por ejemplo ante la huida el sujeto puede tropezar o cuando corresponde la flexión de la pierna la extiende inadecuadamente o cuando se da a una misma mano dos órdenes contradictorias se puede paralizar.

El cuerpo es pulsional, es decir goza, pesa, protesta o habla. Así expresamos sentimientos, por ejemplo, a través de los músculos de la cara en los gestos.

Y cuando un deportista entrena lo físico, lo táctico y lo psíquico el nivel de lesiones y el pronóstico es sensiblemente mejor.

Séptima pincelada:

En el dolor físico nace una elevada carga narcisista del lugar álgido del cuerpo, carga que aumenta cada vez más y «vacía», por decirlo así, al yo. Libido que se dirige (en respuesta a la señal de alarma del dolor) a la zona álgida, como hacen las células del sistema inmunitario ante la infección. Sabido es que cuando padecemos intensos dolores en los órganos internos surgen en nosotros imágenes espaciales y cenestésicas de tales partes del cuerpo; imágenes inexistentes en nuestra ideación consciente.

También podemos resaltar el hecho singular de que los dolores físicos no alcanzan jamás su máxima intensidad cuando nuestra atención psíquica se halla acaparada por otros intereses (sin que pueda decirse que tales dolores permanecen inconscientes), y esto halla su explicación en el hecho de la concentración de la carga en la representación psíquica del lugar doloroso. Alguien aquejado de un dolor deja de interesarse por el mundo exterior, en cuanto no tiene que ver con su dolencia, incluso retira de sus objetos amorosos su interés libidinoso, cesando así de amar mientras sufre.

La vulgaridad de este hecho también tiene una explicación en términos de la teoría de la libido. El enfermo retrotrae su libido al propio yo concentrándose en la curación, "concentrándose está su alma - dice el poeta con dolor de muelas- en el estrecho hoyo de su molar".

Última pincelada.

Cuando no hay movimiento el dolor es máximo, porque cuando uno se mueve ya hay alguna noticia de uno mismo, da cuenta de alguna imagen de sí. Insistimos en la necesidad de castigo que está en juego en las lesiones, una necesidad satisfecha por el castigo que apacigua el dolor. Hay veces

EL DOLOR EN LAS LESIONES DEPORTIVAS

que el sentimiento inconsciente de culpa toma otras formas como el sentimiento de inferioridad en las distensiones musculares de los futbolistas, que estructuralmente son equivalentes.

Sabemos que el dolor es un límite del cuerpo. La angustia y la culpa son otros límites del cuerpo, que conviene aprender a escuchar en los deportistas. De modo tal que allí donde se muestra una fractura o una grieta, puede verse normalmente una articulación; así cuando arrojamos al suelo un cristal, éste se rompe pero no caprichosamente en pedazos, sino que lo hace con arreglo a sus líneas de fractura, en trozos cuya delimitación aunque invisibles, estaban sobredeterminadas por la estructura del cristal.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Manual de Neurología*. J. Cambier- M. Masson. Ed. Toray Masson.
2. *Inhibición, síntoma y angustia* (1925). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 2.834-2.883.
3. *El poeta y los sueños diurnos* (1907). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 1.343-1.348.
4. *Duelo y Melancolía* (1915). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 2.091-2.100
5. *Más allá del principio del placer* (1919). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996. pág. 2.507-2-541.
6. *Freud y Lacan -hablados 5-*. Miguel O. Menassa. Ed. Grupo Cero. Madrid 2014.
7. *El Seminario de Jacques Lacan. Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Lacan J. Ediciones Paidós. Buenos Aires 1999.
8. *Medicina Psicosomática I. Cuestiones preliminares*. Pilar Rojas, Alejandra Menassa. Ed. Grupo Cero. Madrid 2005.