

Josep Marí Cortés,  
Guillermo Pérez Recio,  
Departamento de Psicología del deporte,  
CAR Sant Cugat.

# PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN DEPORTISTAS ESPAÑOLES DE ALTO RENDIMIENTO

## Abstract

**Palabras clave:** prevalencia, psicopatologías, alto rendimiento.

*The article compares the prevalence of psychopathologys in a sample of 1376 elite Spanish athletes with the incidence of the same psychological disorders in the general population. To explain the prevalence found in the sample of the athletes, three hypothesis are suggested and analysed (self selection, the favourable psychological effect of the practice of physical activity and the generalisation to personal conflicts of coping patterns that have previously proved effective to solve conflicts in the field of sport). Finally we show the results of the follow-up of the performance and the continuity in sports practice in athletes affected by some disorder. Although the incidence of psychological disorders in our sample of athletes is lower as in the sample corresponding to the general population, the psychopathologys most prevalent amongst the collective of sportsmen are shown to be eating disorders, sleep disorders and adaptive disorders. The hypothesis most consistent with the results of the study seems to be the third one, related to the generalisation of coping patterns. In relation to the follow-up of athletes affected by some disorders, 75% of these continued practising sport, and only in one case, of the 30 included in that percentage, a clear interference in performance ascribable to the disorder is observed. Finally, we discuss the implications of these results for popular prejudices in relation to harmful effects of the practice of elite sport.*

## Resumen

El artículo compara la prevalencia de psicopatologías en una muestra de 1376 deportistas españoles de alto rendimiento con la incidencia de las mismas alteraciones psicológicas en la población general. Para explicar la prevalencia hallada en la muestra de deportistas, se sugieren y analizan tres hipótesis (la autoselección, el efecto psicológico beneficioso la práctica de actividad física y la generalización, a los

conflictos personales, de las pautas de enfrentamiento que han resultado previamente efectivas para resolver conflictos deportivos) a la luz de estos resultados. Finalmente, se muestran los resultados del seguimiento del rendimiento y de la continuidad en la práctica deportiva de los deportistas afectados por algún trastorno.

A pesar de la menor incidencia de trastornos psicológicos en la muestra de deportistas que en la correspon-



diente a la población general, las psicopatologías más prevalentes en el colectivo de deportistas resultan ser los trastornos del comportamiento alimentario, los trastornos del sueño y los trastornos adaptativos. La hipótesis más coherente con los resultados del estudio parece ser la tercera, la relacionada con la generalización de las pautas de enfrentamiento. En referencia al seguimiento de los deportistas afectados, cabe reportar que el 75% de estos deportistas siguen practicando el deporte y, sólo en un caso, de los treinta que representa este porcentaje, se produce una clara interferencia en el rendimiento atribuible al trastorno.

Se discute sobre las implicaciones de estos resultados en los perjuicios populares sobre los efectos perjudiciales de la práctica del deporte de alto nivel.

## Introducción

Son pocos los estudios epidemiológicos que se han dedicado a describir la prevalencia de psicopatologías en el ámbito de la actividad física y del deporte. Aún menos frecuentes son aquellos que comparan la prevalencia de psicopatologías en deportistas de alto nivel con la incidencia de estas mismas alteraciones en la población general correspondiente.

Estos estudios aportan información relevante sobre el papel que juega en la salud psicológica la práctica de actividad física y el deporte; especialmente en aquellos casos, como el alto rendimiento, donde la práctica deportiva es la principal actividad del sujeto.

En esta misma línea de búsqueda, nos planteamos los siguientes objetivos de trabajo:

1. Constatar la prevalencia de psicopatologías en una muestra de deportistas españoles de alto rendimiento.
2. Comparar la prevalencia de psicopatologías en la población deportiva con la incidencia de los mismos trastornos en la población general.
3. Informar sobre las consecuencias de estas psicopatologías en la continuidad de la práctica deportiva y en el rendimiento de los deportistas que las sufren.
4. Proponer posibles hipótesis explicativas de las prevalencias aisladas:
  - *Autoselección implicada en el alto rendimiento.*
  - *Efecto psicológico beneficioso derivado de la práctica de actividad física moderada.*
  - *Generalización, a situaciones personales, de las pautas de enfrentamiento que han resultado efectivas en situaciones deportivas.*

## Procedencia de los datos

Para la realización de este estudio, se han tomado en consideración 1376 deportistas, internos y mixtos en el Centro de Alto Rendimiento de Sant Cugat (Barcelona) desde la temporada 1988-1989, hasta la 1994-1995. Los deportistas presentaban edades comprendidas entre los 15 y los 25 años.

Los tests y los criterios que se han utilizado para evaluar la salud psicológica de los deportistas participantes en el estudio se relacionen a continuación:

- Versiones catalanas y/o españolas de las siguientes pruebas estandarizadas:
  - State/Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

- Eating Disorder Inventory (Garnier y Olmsted, 1984).
  - Escala autoaplicada para la depresión (Conde y Franch, 1984).
  - Eysenck Personality Inventory (Eysenck y Eysenck, 1964).
- Criterios diagnósticos del DSM-III-R (*American psychiatric association*, 1988).

Para la realización de este estudio se han aprovechado los datos ya existentes en el Departamento de Psicología del deporte, resultado de su actividad profesional desde su inicio en el centro. Estos datos provienen de dos fuentes: de las revisiones de salud psicológica, en un 44%, y de la asistencia clínica que el Departamento dispensa a sus usuarios, en un 56%.

## Las revisiones de salud psicológica

Las revisiones de salud psicológica se realizan una vez cada temporada; con carácter obligatorio para los deportistas internos y mixtos que causan alta en el centro y optativo para los que renuevan la beca.

Estas revisiones persiguen descartar la presencia de psicopatologías y valorar algunos de los posibles factores que puedan condicionar la adaptación del deportista en el centro.

Estas revisiones consisten en una entrevista estructurada de elaboración propia, basada en los criterios *DSM-III-R* expuestos y en la experiencia del departamento y en el paquete de pruebas psicométricas citadas.

## La asistencia clínica

Sea mediante las revisiones de salud psicológica, por las derivaciones de otros profesionales del centro o por la

TRASTORNO	P	VALOR Z de comparación	PREVALENCIAS OBSERVADAS (Muestra CAR n = 1376)	PREVALENCIAS MÍNIMAS (Población General)
<b>Bulimia</b>	0.001	3.566	0.007	0.02 <sup>1</sup>
<b>Anorexia</b>	0.010	3.186	0.001	0.01 <sup>1</sup>
<b>Ataque de pánico</b>	0.010	2.915	0.002	0.01 <sup>1</sup>
<b>Tr. Adaptativo</b>			0.003	
<b>Episodio depresivo mayor</b>	0.001	4.722	0.002	0.02 <sup>3</sup>
<b>Tr. de personalidad</b>	0.010	2.915	0.002	0.01 <sup>3</sup>
<b>Tr. del desarrollo</b>	0.001	4.914	0.001	0.02 <sup>3</sup>
<b>Tr. por tics transitorios</b>	0.001	8.386	0.001	0.05 <sup>3</sup>
<b>Insomnio</b>	0.001	13.283	0.004	0.12 <sup>4</sup>
<b>Terrores nocturnos</b>	0.010	3.186	0.001	0.01 <sup>3</sup>
<b>Sonambulismo</b>	0.010	2.915	0.002	0.01 <sup>3</sup>
<b>Hipersueño</b>	0.010	2.915	0.002	0.01 <sup>3</sup>

1. Ortega-Monasterio, L. (1993). Lecciones de psicología médica. Barcelona: PPU S.A.
2. Meichenbaum, D. (1994). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos depresivos y de ansiedad en adultos. Barcelona: Institut d'Estudis Praxiològics.
3. APA (1988). DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
4. Saldanha y cols. (1984). En A. Polaino. La depresión. Barcelona: Martínez Roca.

**Tabla 1. Comparación de las prevalencias observadas en la muestra de deportistas CAR con las correspondientes prevalencias mínimas conocidas de la población general**

	CASOS CAR	% POBLACIÓN CAR
<b>Cuadro Anorexiforme</b>	03	0.21
<b>Cuadro bulimiforme</b>	08	0.58
<b>Cuadro depresivo reactivo</b>	21	1.52
<b>Síndrome depresivo-ansiógeno</b>	11	0.79

**Tabla 2. Prevalencia de síntomas de riesgo en deportistas de alto nivel.**

relación profesional con el deportista, cuando se detecta un caso que precisa tratamiento psicológico se evalúa su gravedad. Esta valoración de la gravedad nos permite dar indicaciones para el entrenamiento del deportista y tomar la decisión de asumir el caso o derivarlo a un especialista. Entonces, el especialista confir-

mará el diagnóstico y se responsabilizará del caso y de su seguimiento.

Hasta el momento de completar el presente estudio, se habían derivado 8 casos. En todos ellos, el diagnóstico de los psicólogos del centro ha estado confirmado y asumido por el especialista que se ha hecho cargo del caso.

La asistencia clínica incluye el seguimiento de los casos tratados y derivados a otros profesionales. Gracias a este seguimiento hemos podido saber cuáles son los deportistas afectados que han abandonado la práctica deportiva a causa de la interferencia del trastorno (abandono directo), cuáles han abandonado el deporte por un cúmulo de circunstancias, entre las cuales se encuentra el trastorno (abandono indirecto) y cuáles de ellos no han dejado de practicar el deporte a pesar de la presencia del trastorno (seguimiento). En estos últimos casos de seguimiento se ha valorado si el trastorno ha afectado, de alguna manera, al rendimiento del deportista.

## Prevalencia de los trastornos psicológicos

La prevalencia de psicopatologías en deportistas españoles de alto rendimiento se tratará a partir de la información contenida en las tablas que se exponen a continuación. Dedicaremos un apartado a describirlas, a indicar la procedencia de la información que contienen y a exponer los criterios con los que han estado elaboradas.

La tabla 1, la referida a la prevalencia comparativa de psicopatología en población general y población deportiva de alto nivel cuenta con dos tipos de fuentes. Por un lado, las revisiones de salud y la asistencia psicológica para las prevalencias deportivas y, por otro lado, las referencias citadas a pie de tabla para las prevalencias generales. Estas prevalencias generales suelen proceder de centros de atención primaria, centros públicos de salud mental o bien de estudios de ámbito local.

La tabla 2, dedicada a mostrar la prevalencia de síntomas de riesgo en de-



portistas de alto nivel, ha tenido las mismas fuentes que la anterior; por lo que a prevalencias deportivas se refiere. En esta tabla se reflejan aquellos casos que, a pesar de no cumplir con los criterios clínicos necesarios como para ser diagnosticadas como una psicopatología, sí presentan señales como para ser considerados en situación de riesgo de acabar sufriendo un trastorno psicológico.

La tabla 3 trata de las implicaciones que las psicopatologías tienen en la salud y/o el rendimiento de los deportistas.

De los pertinentes análisis estadísticos de los datos tabulados, pueden extraerse los siguientes resultados:

- En todas las psicopatologías, la prevalencia mostrada por la población de deportistas de alto nivel es significativamente menor que la presentada por la población general.
- Las psicopatologías más prevalentes en el CAR son los trastornos de comportamiento alimentario, los trastornos del sueño y los trastornos adaptativos. Los cuadros que, sin constituir el trastorno, presentan un alto riesgo de presentarlo siguen encabezados por el comportamiento alimentario y seguidos por los síndromes depresivos.
- Un 20% de los deportistas que presentan trastornos psicológicos abandonan, directa o indirectamente, la práctica deportiva. Del 75% de deportistas que siguen con la práctica deportiva (30 casos), sólo en uno de ellos se puede sostener que la psicopatología (un trastorno de personalidad) ha provocado una clara bajada del rendimiento deportivo.

Abandono directo de la práctica deportiva	04	10%
Abandono indirecto de la práctica deportiva	02	05%
Seguimiento de la práctica deportiva	30	75%
Casos que no se han podido seguir	04	10%

Tabla 3. Seguimiento de la práctica deportiva de los casos clínicos en la población de deportistas de alto nivel del CAR.

## Discusión

Procederemos a revisar nuestras hipótesis en función de los resultados obtenidos. En primer lugar, trataremos la hipótesis de la autoselección.

El alto rendimiento, así como cualquier otra especialización, comporta un proceso de autoselección natural, según el cual aquellos menos preparados para conseguir los objetivos más ambiciosos son los primeros en renunciar a conseguirlos. Según esta propuesta, podríamos pensar que aquellos deportistas que hayan sufrido, en el curso de su carrera deportiva, alguna alteración psicológica bastante incapacitante o interfiere, se habrán visto obligados a dejar, o al menos a reducir, su dedicación a la práctica deportiva, con lo cual han dejado de tener posibilidades de llegar algún día a ingresar en el centro en calidad de deportistas de élite.

Los resultados obtenidos, aunque evidencian una menor incidencia de psicopatologías en la población deportiva de alto rendimiento que en la general, parecen no confirmar del todo esta hipótesis. Parece ser que sólo aquellos trastornos que comportan un alto grado de interferencia (*trastornos del comportamiento alimentario y de personalidad, en el estudio*) son los responsables de los abandonos directos de la práctica deportiva. El resto de trastornos permiten el seguimiento, más o

menos afortunado, de la práctica deportiva. Así pues, un 75% de los deportistas con algún tipo de alteraciones no abandona el alto rendimiento. Es más, de los 30 casos que representan este 75%, tal y como ya se ha comentado en el apartado de resultados, sólo uno de ellos experimenta una bajada de su rendimiento deportivo como consecuencia del trastorno.

En relación a la segunda hipótesis, la que pretende explicar la menor incidencia de psicopatología en la población deportiva en base al efecto psicológico beneficioso de la práctica de actividad física, hace falta que hagamos las siguientes observaciones. Los estudios que hasta ahora han parecido indicar un efecto psicológico beneficioso derivado de la práctica de la actividad física (Taylor, Sallis y Needle, 1985; Kostrubala, 1985; Morgan y O'Connor, 1988; Plante y Rodin, 1990; Gleser y Mendelberg, 1990; Biddle y Mutrie, 1991; Foong, 1992; Willis y Campbell, 1992; Byrne y Byrne, 1993 y Martisen, 1993) han evidenciado una asignatura pendiente: dilucidar en qué condiciones este ejercicio produce tal efecto (Berger, 1985; Sliva y Schultz, 1985). Hasta ahora, sólo se ha podido demostrar que la práctica moderada puede producir tales efectos psicológicos.

La máxima intensidad en un programa de ejercicio físico la representa,

según nuestras referencias, el estudio que somete a los individuos a un ejercicio aeróbico al 60-70% de su tasa cardíaca máxima durante tres sesiones semanales en el curso de 9 meses (Stevenson y Topp, 1990). Habrá que plantearse si la práctica de los deportistas de alto rendimiento (*2 entrenamientos de 2 horas por día durante 6 días por semana durante un mínimo de 10 meses al año normalmente*) podría ser capaz de generar tales cambios. Igualmente, quizás también se tendría que estudiar si un cierto grado de estrés, tanto físico como psicológico, bien regulado, podría producir un mayor bienestar psicológico y, consecuentemente, una menor incidencia de psicopatologías.

Para acabar de comentar las hipótesis iniciales, tenemos que referirnos ahora a la posibilidad que los deportistas estén aplicando, a sus problemáticas personales, las pautas de enfrentamiento que les han resultado previamente efectivas para resolver conflictos deportivos. Aunque somos conscientes del carácter genérico de la hipótesis y aunque no hemos sido capaces de encontrar estudios que vinculen estas dos variables (*psicopatologías con generalización de estrategias de enfrentamiento*), observamos en el discurso y en el comportamiento de los deportistas con los que trabajamos continuas referencias explícitas en esta misma dirección que establece la tercera hipótesis.

De todo lo que hemos expuesto hasta ahora, parece deducirse que, en contra de la costumbre generalizada de relacionar el alto rendimiento con una lista de contraindicaciones psicológicas, ciertas características y condiciones de la práctica deportiva pueden participar en la formación de algunas psicopatologías.

A partir de ahora, deberíamos centrarnos en aislar los rasgos y las condiciones de la práctica que dan lugar a determinadas patologías y aquellas otras prácticas que podrían producir un mejor bienestar psicológico a quien las practique. Igualmente, tendríamos que dedicar algún esfuerzo a identificar el tipo de trastornos susceptibles a estas circunstancias y aquellos que pueden interferir en la carrera de los deportistas. En definitiva, de trata de determinar las variables responsables de que la relación práctica deportiva y salud psicológica no sea directa y responda a matices.

Con estos datos y reflexiones, esperamos haber cuestionado prejuicios sobre el efecto del deporte de alto rendimiento en la salud y haber sugerido pautas claras de intervención a todos aquellos profesionales que velan, no sólo por el rendimiento, sino también por la salud de los deportistas.

## Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R)*. Barcelona: Masson, S.A.
- BERGER, B.G. (1985). Running toward psychological well-being: special considerations for the female client. En M.L. Sachs y G.W. Buffones (Eds.), *Running as therapy* (pp. 172-197). Lincoln: University of Nebraska Press.
- BIDDLE, S. y MUTRIE, N. (1991). *Psychology of Physical Activity and Exercise*. Londres: Springer Verlag.
- BYRNE, A. y BYRNE, G.D. (1993). The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (6), 565-574.
- CONDE V. y FRANCH, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Editorial Laboratorios Uphohl.
- EYSENCK, H.J., EYSENCK, S.B.G. (1987). *Manual del cuestionario de personalidad de Eysenck*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- FOONG, A.L.S. (1992). Physical exercise/sports and byopsychosocial well-being. *Journal of the Royal Society of Health*. October, 227-230.
- GARNER, D.M., OLMSTED, M.P. (1984). *Manual for Eating Disorder Inventory (EDI)*. Odessa: Psychological Assessment Resources Inc.
- GLESER, J. y MENDELBERG, H. (1990). Exercise and sport in mental-health: a review of the literature. *Israel Journal Psychiatry and Related Sciences*, 27(2), 99-112.
- KOSTRUBALA, T. (1985). Running and therapy. En M.L. Sachs y G.W. Buffones (Eds.), *Running as therapy* (pp. 172-197). Lincoln: University of Nebraska Press.
- MARTINSEN, E.W. (1993). Therapeutic implications of exercise for clinically anxious and depressed patients. *International Journal of Sport Psychology*, 24, 185-199.
- MEICHENBAUM, D. (1994). *Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos depresivos y de ansiedad en adultos*. Barcelona: Institut d'Estudis Psicològics.
- MORGAN, W.P. y O'CONNOR, P.J. (1988). Exercise and mental health. En R.K. Dishman (Ed.), *Exercise adherence. Its impact on Public health* (pp. 91-122). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- ORTEGA MONASTERIO, L. (1993). *Lecciones de psicología médica*. Barcelona: Promociones Universitarias, S.A.
- PLANTE, T.G. y RODIN, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current psychology: Research and Reviews*, 91(1), 3-24.
- SALDAÑA, C. y cols. (1984). En A. POLAINO. *La depresión*. Barcelona: Martínez Roca.
- SILVA, J.M., SHULTZ, B.B. (1985). Research in the psychology and therapeutics of running: A methodological and interpersonal review. En M-L. Sachs y G.W. Buffones (Eds.), *Running as therapy* (pp. 304-320). Lincoln: University of Nebraska Press.
- STEVENSON, J.S. y TOPP, R. (1990). Effects of moderate and low intensity long-term exercise by older adults. *Research in nursing and health*, 13, 209-218.
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L., LUSHENE, R.E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- TAYLOR, C.B., SALLIS, J.F., y NEEDLE, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100(2), 195-202.
- WILLIS, J.D. y CAMPBELL, L.F. (1992). *Exercise Psychology*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.