

## INTRODUCCIÓN

### – Historia y evolución del deporte femenino.

De todos es conocido que, entre el hombre y la mujer existen diferencias psíquicas, fisiológicas y anatómicas.

Las competiciones deportivas femeninas son existentes desde la más remota antigüedad, sin embargo los encuentros de confrontación mixta sólo se producen en la actualidad en equitación, vuelos transoceánicos, automovilismo y carreras a pie y en esquí con participación bisexual masiva.

En la **Grecia clásica** se organizaban con frecuencia competiciones reservadas a la mujer (Juegos Femeninos en Honor la Diosa Hera), pero como contrapartida, no podían participar en los Juegos Olímpicos, ni asistir como espectadoras, bajo castigo de muerte.

**Los Heraia**, en honor a la Diosa Hera, pero que tuvieron un carácter puramente residual. Se disputaban un par de meses después de los Juegos masculinos (hacia septiembre), y estaban reservados a las vírgenes de Elis.

Consistía en una carrera de 162 metros. Corrían con los pies descalzos y con una falda desde la cintura hasta la rodilla como único vestido. La campeona recibía una corona de olivo y un trozo de la carne de la vaca sacrificada en honor a Hera.

En los Juegos culturales, paralelos a los deportivos, donde se cantaba, tocaba música, y se recitaba poesía, si estaba permitida de pleno derecho la participación femenina. Las mujeres acabaron siendo admitidas en los JJ.OO. para pruebas mixtas, nunca hubo pruebas específicamente femeninas.



La diosa Hera, hermana y esposa de Zeus.

**En Roma**, años más tarde, las mujeres sólo participaban en deportes con fines de cultura física en los cuales no existía la competición; (los juegos con aro y pelota, la natación, la gimnasia, la esgrima y los bolos).

Con la llegada de la **Era Cristiana** se puso fin al deporte el cual no se recuperó hasta el **Siglo XIX** para los hombres y hasta después de la Primera Guerra Mundial para las mujeres. Desde el Renacimiento hasta el siglo XVII, las mujeres sólo practicaban el **juego de pelota** y las aristócratas se dedicaban a la **caza y a la equitación**.

Las razones que alejaron a la mujer de las competiciones deportivas fueron muchas y aún persisten en la actualidad.

Unas fueron impuestas por el hombre como dictador máximo en la familia.

Otras fueron impuestas por la misma mujer, por considerar al deporte como un obstáculo para la fecundidad, una llamada pecaminosa al sexo por la indumentaria escasa y el resalto de formas corporales agradables, un factor de contestación al poder omnímodo del varón, una práctica que apartaba a la mujer de su papel esencial de dueña del hogar y una pretendida afrenta a su feminidad.

La Iglesia prohibió el deporte por el carácter sangriento y para ocultar la desnudez del cuerpo.

Hoy en día, las mujeres toman parte en numerosas competiciones, a pesar del hecho de ser excluidas de deportes en los que podrían brillar sin peligro, y a despecho de que el programa de participación nunca ha sido objeto de estudio científico en función de las condiciones del organismo femenino y de las consecuencias a largo plazo que puede acarrear la práctica de ejercicios violentos sobre el cuerpo de la mujer.

### ***Repercusión de las particularidades morfológicas de la mujer sobre su actividad física y deportiva.***

La mujer presenta diferencias ostensibles respecto al varón:

#### **Anatómicas**

Por lo general menos estatura y peso; mayor anchura de pelvis, cintura y hombros más estrechos, fémures con mayor convergencia distal, caja torácica de menor volumen y predominio del tronco con respecto a las extremidades inferiores; a igualdad de peso, masas muscular y ósea menores, la última aún menor al sobrevenir la menopausia, y mayor masa adiposa; la práctica deportiva disminuye el primero y amplía el segundo debido a la modificación de los diámetros bitrocantéreo ( pelvis) y bideltoideo ( entre hombros).

#### **Mecánicas**

Ventilación de tipo costal.

Hiperlaxitud articular idiopática: muy frecuente en la mujer, se aminora con el paso de los años. La laxitud ocasiona diversos trastornos por la repetición de microtraumas locales, principalmente raquialgias y síndromes poliartálgicos crónicos en las articulaciones sobre utilizadas; además, propende a ocasionales derrames interarticulares en las rodillas y en los tobillos ; mialgias y calambres, predisposición a las subluxaciones de hombro y rótula, esguinces tibiotarsianos, epicondilitis de inserción y enfermedad de la cabeza radial en las tenistas y jugadoras de golf; por último también puede darse en muchas adolescentes artrosis precoz.

Frecuencia de dorsos planos, causantes de molestas dorsalgias en las asténicas longilíneas poco musculadas en plena adolescencia, y también de pies cavos y pies planos.

#### **Fisiológicas**

Presenta una menor capacidad vital, sistema sanguíneo transportador de oxígeno más reducido y con menor capacidad de fijación a nivel pulmonar; frecuencia cardiaca basal más elevada; adaptación cardiovascular al esfuerzo equiparable a la del varón, con menor capacidad de recuperación y mayor fatigabilidad muscular.

Por todas las desigualdades expuestas, las prestaciones y marcas deportivas de la mujer son inferiores a las del hombre.

Por lo contrario, las cualidades de agilidad inherentes al cuerpo femenino permiten a la mujer realizar gestos y figuras en gimnasia deportiva y artística difícilmente imitables por el hombre. Aunque la mujer es menos resistente que el varón, es más constante y sufrida desde la perspectiva psicológica, en términos generales.

## **REPERCUSIÓN DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA SOBRE LA SEXUALIDAD**

### **– Deporte y pubertad**

Se recomiendan diferentes módulos de ejercicios en relación con la edad y estadio de desarrollo puberal.

En el período prepuberal predomina el problema de la **corrección de la actitud corporal**; para Resolverlo se aconseja la práctica de deportes que desarrollan la totalidad del cuerpo, **prescindiendo de especializaciones**.

En el período puberal los esfuerzos deben graduarse en función de las condiciones de **potencia**, resistencia individual; también tiene mucha importancia la **educación respiratoria**; un punto importante prestar atención al desarrollo mamario adecuada y la utilización de sujetadores.

De 15 a 16 años, es la edad del desarrollo muscular y pueden realizarse ejercicios de fuerza.

### **– Deporte y menstruación.**

Respecto a la Influencia de los ejercicios físicos sobre el ciclo menstrual y la menstruación; Existen datos contrastados que indican ,un 50% de corredoras de fondo les **desaparece la regla** con esta modalidad deportiva; esto se atribuye al **estrés emocional** y a la disminución de la **masa adiposa**, que posiblemente produce una **insuficiencia estrogénica**.

En un gran número de casos sobrevienen *modificaciones favorables* suscitadas por la práctica del deporte, por ejemplo *reglas menos abundantes, disminución de los dolores menstruales, regulación del ciclo* y disminución o desaparición de las dismenorreas.

#### Influencia del ciclo menstrual sobre la actividad física.–

Durante las reglas aparece un aumento de la **fatigabilidad**. Aunque en algunos casos puede ser cierto que durante *el menstruó mejoren las prestaciones de velocidad, agilidad y potencia*, ello ocurre únicamente *en los esfuerzos de breve duración*. Por otra parte, en un número elevado de mujeres deportistas, el **período postmenstrual es el más favorable para la realización de buenas marcas**.

La actuación a adoptar ante la actividad física durante la menstruación o conducta práctica; podría ser la de que una **menstruación normal no perturba el ejercicio de un deporte recreacional o saludable**, por otra parte ,si la fatigabilidad es considerable, la deportista debe mantenerse dentro de unos estrictos **límites de su capacidad física momentánea**; si las facultades físicas continúan elevadas, o incluso se mejoran, no hay motivo para interrumpir la actividad deportiva de la mujer, las **deportistas de elite ante la consabida fatigabilidad elevada reaparecida con las menstruaciones, deciden instalarse un ciclo artificial**.

## - Deporte y embarazo

1-Durante la gestación la mujer puede **continuar haciendo la actividad física** que realizaba pero con una serie de **matizaciones** que vienen condicionadas por el hecho de que, a medida que el embarazo avanza, hay toda una serie de ejercicios que no pueden, ni deben realizarse debido al **aumento del volumen uterino**, por ejemplo, ciertos ejercicios abdominales, etc. Por otro lado, la **capacidad de resistencia de la mujer al ejercicio**, a medida que el feto es mayor, también **va disminuyendo**.

2-Es muy importante que la gestante realice una serie de **ejercicios gimnásticos**, que le ayudarán en el momento del parto a que éste sea más fácil y que se pueda ejercer una buena **presión abdominal en el momento del expulsivo**. Además, si la mujer tiene una buena musculatura de la parte baja de la pelvis, la cabeza del niño descenderá y, sobre todo, rotará en el canal del parto de manera más fácil. La **elasticidad que brinda una buena preparación física disminuye las molestias propias del embarazo**, sobre todo aquellas que son debidas a los cambios estructurales.

3-Frecuentemente, durante la gestación, la mujer tiende a **modificar la estática de su columna con el fin de compensar el sobrepeso que le ocasiona el crecimiento uterino**, de manera que la columna se desplaza hacia atrás a medida que el abdomen crece hacia delante. En esta posición, los músculos y los cartílagos columnares trabajan de manera forzada, dando dolor de riñones. El ejercicio físico ayuda a que estas molestias sean menores. Los centros de preparación maternal, junto a otros tipos de preparación (psicológica, respiratoria, etc.), enseñan a la mujer a realizar los ejercicios necesarios para que esté lo más preparada posible físicamente.

### 4-El parto

**En las deportistas la dilatación exige más tiempo por la tonicidad perineal, sin embargo el período de expulsión resulta más breve, debido a la hipertonía de los músculos parietoabdominales.**

El progreso de la obstetricia moderna ha disipado para siempre la amenaza de los partos prolongados y las expulsiones con traumatismos o desgarros locales.

### 5-El posparto

El ejercicio físico durante el puerperio y el período del posparto tiene como objetivo **acelerar la recuperación tónica de los músculos abdominales y de la cincha perineovulvar, así como disminuir los riesgos de flebitis y embolia.**

En el transcurso de los primeros doce días después del parto, la actividad física de la puérpera se reduce al levantamiento temprano y a la reeducación abdominal sistemática y controlada. Durante el 12º y 45º día, conviene evitar el agotamiento nervioso.

Después del 45º día, puede autorizarse la actividad deportiva moderada si ya ha reaparecido la menstruación y la exploración posnatal de control no revela ningún retraso de involución.

**En caso de que sea deportista, pasados de 3 a 4 meses, puede autorizarse la vuelta al entrenamiento intensivo.**

6-En un 80% de los casos se da una **mejoría de las marcas y prestaciones deportivas**. Esta superación ocurre dentro del **1º y 2º año**, según las posibilidades de entrenamiento.

7- La **lactancia no es compatible con el deporte de alto nivel y la competición**. Esto es debido a dos razones:

Por **motivos técnicos**. Dada la *imposibilidad de mantener el ritmo de las tetadas* y los cuidados del lactante en el estadio o campo de deportes.

Por **motivos psicológicos**. Toda vez que la *fatiga agota la secreción láctea e, inversamente, la lactancia favorece la fatiga y se opone al entrenamiento intensivo*.

### **8-El comportamiento de la deportista frente a la sexualidad desde una perspectiva emocional.**

La psicología de la mujer deportista se caracteriza por (1) **la necesidad de utilizar plenamente el cuerpo** y por el (2) **deseo de preservar la integridad corporal**. Ambas actitudes son a la vez paradójicas y complementarias, de ahí que los diversos episodios de la vida sexual se vivirán según el predominio momentáneo de una de las dos opciones sobre la otra.

(2)Si la preocupación principal apunta a mantener el estado físico al nivel más alto posible:

– Las reglas se consideran inoportunas, molestas o degradantes y se esperan siempre con inquietud por el *riesgo* de alterar el rendimiento de la deportista.

– Existe una actitud variable frente a la sexualidad: si la mujer vence los prejuicios sobre los métodos de anticoncepción, no temerá entonces las relaciones sexuales, pero nunca dejará de asustarse ante la posibilidad de un embarazo.

(1)Cuando predomina el deseo de liberación del cuerpo, la mujer asuma una de estas actitudes:

Las reglas son experimentadas como un obstáculo a la libertad de acción y ciertos movimientos se vuelven penosos.

Se rehúyen las relaciones sexuales por juzgarse insoportable la idea de ser poseída por otro o que alguien se aproveche de su cuerpo. También le atormenta la idea del riesgo de embarazo, por las limitaciones que éste supone.

### **9- Deporte y menopausia**

Las mujeres menopáusicas **extraen un gran beneficio de las actividades físicas** y deportivas de acuerdo con su edad, siempre que las realicen **bajo el control del médico del deporte**.

Estas actividades se oponen y frenan **la osteoporosis involutiva**, atenúan **las remodelaciones inestéticas**, y en el plano psicológico luchan contra el envejecimiento.

**Actividades saludables pueden ser las marchas y excursiones, pasando después al jogging, a la natación y la gimnasia**. Las más entrenadas y físicamente capaces pueden iniciar actividades de mayores exigencias físicas, como deportes de raqueta, equitación, ciclismo y actividades tipo fitness.

## PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y SU REPERCUSIÓN EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA

### – Trastornos menstruales

No es lícito incriminar la actividad física como responsable de los trastornos menstruales de las deportistas.

Sin embargo, a menudo se observan **hipomenorreas y amenorreas o bien acortamientos del ciclo menstrual e hipermenorreas en las deportistas expuestas al frío**. Se considera probable que estos hechos guarden relación con los fenómenos reguladores de la homeostasia, causantes de vasoconstricción en ciertos territorios y vasodilatación en otros. Los traumas físicos y emocionales, el agotamiento residual después de los esfuerzos desmesurados o de un entrenamiento excesivo, la tensión nerviosa suscitada por un cambio de lugar en el equipo, son algunos de los factores que también pueden provocar trastornos menstruales en la deportista.

### Síndrome premenstrual

Se manifiesta por una congestión abdomino pelviana y mamaria asociada a diferentes trastornos psíquicos que pueden repercutir en el comportamiento de la joven deportista.

(Ansiedad, excitabilidad, irritabilidad y sentimiento de inseguridad)

Conviene esforzarse en limitar lo menos posible la actividad deportiva.

### Dolores menstruales

La práctica regular del deporte aporta frecuentemente una mejoría ostensible de los dolores motivados por las reglas. Algunas deportistas experimentan grandes perturbaciones por la fuerte intensidad de las algias. El médico debe limitarse a tratar la ginecopatía y la personalidad de la mujer.

### Algias pelvianas y dolores de origen genital

Aunque las mujeres deportistas revelan menor tendencia a padecer estas molestias, debido al papel predominante de los factores psicológicos, su aparición obliga a la práctica de una exploración ginecológica y general.

### – Glándulas mamarias

La ejercitación del pectoral mayor crea una sólida base de apoyo a los senos femeninos.

Las glándulas mamarias son sensibles a los choques y a los traumas repetidos, por lo que cualquier contusión repercute intensamente en la psiquis y, como consecuencia, se resiente mucho la calidad de las marcas y prestaciones deportivas ulteriores.

Los senos deben estar aplicados contra el tórax para prevenir la movilidad y el dolor mamarios durante los esfuerzos deportivos. Esta fijación es especialmente importante en los deportes de esfuerzos musculares súbitos, así como en los deportes de equipo, donde existe un riesgo máximo de contusiones dolorosas.

## TRASTORNOS ESTÁTICOS Y TRAUMATISMOS GINECOLÓGICOS DEBIDOS A LA PRÁCTICA DEL DEPORTE.

### – Trastornos de la estática pelviana

Los deportes que exigen una participación intensa de la pared abdomino pelviana o una movilidad excesiva de la pelvis pueden favorecer la génesis de retroversión uterina y prolapsos. Este descubrimiento hace recomendar a las deportistas la elección de otra actividad menos agresiva para la pelvis

### Traumatismos de los órganos sexuales externos

#### Traumatismos de glándulas mamarias.-

La glándula mamaria y su envoltura cutaneoadiposa están expuestas a los choques y a los golpes.

Las lesiones traumáticas en las deportistas más frecuentes son las contusiones y las heridas. Las **heridas mamarias** se aprecian a consecuencia de la caída sobre un objeto duro o por el enclavamiento de la armadura rígida del sostén (protecciones en deportes de contacto) Estas heridas no son preocupantes excepto cuando coexiste penetración en la cavidad torácica. **La lesión de la glándula no tiene consecuencias graves excepto en período de lactancia.**

Las **contusiones mamarias se producen por un choque frontal directo** contra un objeto duro que aplasta la glándula contra la parrilla costal y ocasiona una lesión en el punto de aplicación de la energía cinética del choque. También puede ser debida a un choque oblicuo o tangencial que provoca un deslizamiento de la glándula sobre un soporte rígido, determinando un despegamiento o arrancamiento de los planos profundos.

A veces se observa un hematoma difuso o una colección sanguínea susceptible de evacuación quirúrgica.

#### Traumatismos perineovalvulares.-

La vulva se halla bastante expuesta a los choques y contusiones por su carácter de órgano genital externo y por su escasa movilidad. La vagina, queda relativamente protegida entre los muslos y rara vez resulta lesionada en los traumatismos deportivos. Otro órgano lesionado alguna vez en los traumatismos de esta región es el himen. En la vulva y en el perineo pueden producirse también los mismos dos tipos clásicos de traumatismos: contusiones y heridas.

**Contusiones.**– Un golpe intenso de la región vulvar, puede dar lugar a la rotura de algunos vasos de esta área densamente vascularizada. Un choque tangencial al plano vulvar puede producir desgarros vasculares y, a veces, desinserciones musculares de extensión variable. La víctima siente en el momento del accidente un dolor violento que después se vuelve menos vivo pero se extiende. En cuanto se ha formado un hematoma, el dolor es sustituido por una sensación de pesadez o tensión de intensidad progresivamente creciente, al mismo tiempo que aparecen las lesiones terminales de tipo variable:

El Hematoma perineovaginal coagulable, de considerable volumen; aparecen después de un traumatismo de gran violencia.

**Heridas perineovulvares.**– La mayor parte de las veces son heridas contusas consecutivas a la caída sobre el periné, acompañadas de dolores moderados y hemorragia copiosa.

La cicatrización suele ser rápida pero se encuentra amenazada por dos complicaciones de consecuencias

Terribles:



- La tendencia frecuente a las infecciones graves en razón de la contigüidad de los conductos urinarios, rectal y vaginal
- La formación de cicatrices fibrosas retráctiles susceptibles de crear estenosis uretrales, rectales y sobre todo vaginales

### REPERCUSIÓN DEL DEPORTE SOBRE LA FEMINIDAD

Algunas deportistas de elite presentan un aspecto más masculino que sus Compañeras no deportistas, que no responde a ninguna realidad biológica, esta circunstancia obedece únicamente a una estética elegida.

Hace algunos años se pensaba que el aumento de la actividad corticosuprarrenal debida al esfuerzo físico ocasionaba un estado de hiperandrogenia. No existen pruebas a favor de esta hipótesis, porque **no se han demostrado diferencias significativas entre los exámenes hormonales de las deportistas y los de las mujeres sedentarias.**

### PROBLEMAS MODERNOS DE LA SUPERVISIÓN Y CONTROL MÉDICOS DE LAS DEPORTISTAS

#### – **Contracepción**

Todos los métodos contraceptivos pueden ser utilizados por la deportista. No obstante, la píldora de estroprogestágenos puede repercutir en sentido desfavorable sobre la forma física; el D.I.U., puede ocasionar reglas más largas o abundantes.

Empleo de estroprogestágenos (anticonceptivos no derivados de testosterona)

La píldora suele prescribirse con finalidad contraceptiva, pero evitando que la instauración de este tratamiento con estroprogestágenos conlleve el riesgo de producir disgustos en las competiciones deportivas por no estar correctamente prescrito

Sin embargo, esta terapéutica también puede influir en el curso de las reglas que, aunque sólo son hemorragias de privación, crean a veces animosidad y resentimiento en la deportista por juzgarlas como un obstáculo para la realización de una marca ansiosamente buscada.

Cuando la deportista no toma habitualmente píldoras anticonceptivas, conviene administrar por prudencia un ciclo entero de estroprogestágenos a título de ensayo

Durante un período exento de competiciones, a fin de comprobar que los eventuales incidentes experimentados a veces por la instauración de este tratamiento no supriman todos los beneficios.

#### **Práctica del tratamiento con estroprogestágenos en la deportista**

**El modo de empleo de la píldora anticonceptiva en una deportista es igual al de las restantes mujeres. Debe recordarse a este respecto que los tres primeros ciclos de tratamiento suscitan con relativa frecuencia trastornos hepatobiliares, cefaleas, nerviosismo y pérdidas de peso, de ordinario mínimos pero rápidamente regresivos.**

**El principio del tratamiento se efectuará en el comienzo de la temporada de vacaciones o descanso deportivo.**

**Por lo menos hay que estudiar el calendario deportivo y desaconsejarle la iniciación del tratamiento anticonceptivo en los tres meses precedentes a la cúspide de la forma física programada.**

#### **¿Contracepción y dopado?**

Si realmente resulta cierto que los estroprogestágenos mejoran el rendimiento de una deportista deberían ser condenados y proscritos en nombre de la lucha antidopado. No obstante, los límites entre los dos conceptos quedan borrosos y difuminados. ¿Se condenaría el café o los medicamentos contra el mareo en un crucero marítimo?



Los medicamentos ovulostáticos **no figuran en la lista oficial de sustancias dopantes** redactada por las autoridades olímpicas y los legisladores deportivos de todos los países.

– **Determinación del sexo.**

Se trata de un problema espinoso y complejo.



La atleta sudafricana SEMENAYA, campeona mundial de los 800 en Berlín 2009

*Semenya es "intersexual", dueña tanto de características femeninas como masculinas, algo que podría excluirla de las competiciones si se prueba que le da una ventaja sobre otras atletas.*



De vez en cuando, una discordancia entre el sexo del estado civil y los atributos sexuales externos o el sexo cromatínico plantea un problema del que exponemos las principales posibilidades y aspectos:

**Biplasia gonadal o hermafroditismo.** Cuando se encuentra a un deportista de esta clase en los estadios, hay que clasificarle en la categoría correspondiente al morfotipo genital predominante. Puede existir en estos individuos una contradicción entre el sexo cromatínico y el sexo cariotipo, de ordinario femeninos, y la categoría civil elegida si la evolución se realiza hacia un morfotipo varón.

**Aplasia gonadal.**

*Femenina.* Las mujeres con síndrome de Turner, típico o atípico, no frecuentan mucho los estadios.

Además, a pesar de carecer de cromatina sexual, estos seres son femeninos en el doble aspecto morfológico y genético, por lo que no plantean grandes problemas diagnósticos. *Masculina*. Las personas afectadas por el síndrome de Klinefelter no tienen mucho interés por el médico del deporte. Su morfología masculina se acompaña de sexo genético varonil a pesar del carácter femenino de la cromatina sexual

**Hipoplasias gonadales. Tardías.** El sexo del estadio civil coincide realmente con el sexo genético porque las modificaciones sexuales son posteriores al nacimiento.

**Seudohermafroditismo externo femenino.** Las formas incompletas se identifican en su mayoría tempranamente. Por ello es excepcional que el diagnóstico se realice en el transcurso de un reconocimiento médico deportivo.

**Seudohermafroditismo externo masculino.** Es el más frecuente de los dos. El síndrome del testículo feminizante se da con la suficiente frecuencia como para que el médico del deporte haya tenido alguna ocasión de enfrentarse a este problema. Por de pronto, la amenorrea y la comprobación más tardía de una esterilidad constituyen trastornos muy repartidos entre las mujeres verdaderas, por lo que no suelen despertar sospechas del verdadero diagnóstico.

Más interesante parece la ausencia de vello axil pubiano, dato que debería hacer pensar en la naturaleza real del trastorno. Pero aun así se trata de un signo de

Escasísimo valor de orientación por la existencia en todos los países del Mediterráneo europeo de numerosas jovencitas y mujeres jóvenes norteafricanas que tienen la costumbre de depilarse las axilas y algunas incluso el pubis.

Estos casos son, sin duda, los únicos en los que está obligado el diagnóstico médico preciso, debido al riesgo elevado de degeneración maligna de las gónadas. La postura terapéutica actual consiste en operar a estos sujetos entre los 20 y los 25 años de edad a fin de describir y extirpar las gónadas; a continuación se establece una opoterapia sustitutiva.

## BIBLIOGRAFÍA

Medicina del deporte.

Enciclopedia de la salud En forma.