

DUDAS, CREENCIAS Y OPINIONES SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL SIDA EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA*

Alonso C. y Bayés, R.**

PALABRAS CLAVE: Infección por VIH, SIDA, entrenadores, psicólogos del deporte.

RESUMEN: Se analizan la información y opiniones sobre el SIDA de 159 alumnos del Instituto Nacional de Educación Física de Catalunya. Aun cuando los mismos poseen un buen nivel de información sobre las principales vías de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se aprecia cierto grado de incertidumbre sobre las potenciales formas de contagio *atípicas*; es decir, precisamente aquellas que afectan a los ámbitos y prácticas deportivos. Asimismo aparece una exageración general de la probabilidad del riesgo que se asigna a diferentes conductas o situaciones de riesgo. Un 47,2 % considera que el rumor sobre la existencia de un posible portador del VIH en el terreno de juego podría alterar, por miedo al contagio, el resultado de un partido. Se concluye que es urgente que los entrenadores y psicólogos del deporte posean en el campo del SIDA una formación completa y adecuada.

KEY WORDS: HIV infection, AIDS, coaches, sport psychologists.

ABSTRACT: Information and opinions about AIDS are collected from 159 National Institute of Physical Education at Catalonia students. Although they have a good level of knowledge about the most important ways of transmission of HIV, it is detected a less satisfactory and clear information on *atypical* ways of contagion as they are the sports environment and practice. An exaggerated probability appears on every risk behaviour or situation. 47,2 % of people take into account that a rumour about the possible presence of a HIV seropositive player on the ground would change the match outcome. It is concluded that coaches and sport psychologists must get a complet information about AIDS as soon as possible.

* Este trabajo ha sido posible gracias a la Ayuda PB89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia español.

** Correspondencia: R. Bayés, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, Apartado 29, 08193 Bellaterra, Barcelona, España.

Introducción

De acuerdo con las estimaciones dadas a conocer en la XIX Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Berlín del 7 al 11 de Junio de 1993: a) en aquel momento, el número de portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo se calculaba en unos 14 millones y las hipótesis más conservadoras avanzaban que, en el año 2000, el número de personas contagiadas estaría comprendido entre los 30 y los 40 millones; b) se confirmó que España era el país de Europa con la tasa más elevada de casos de SIDA por millón de habitantes; y c) las esperanzas de encontrar una vacuna eficaz contra el SIDA se posponían de 10 a 20 años.

Las formas de difusión de la pandemia del VIH son bien conocidas: a) penetración sexual sin protección; b) uso compartido del mismo equipo de inyección; y c) transmisión madre - hijo (Bayés, 1992). Obviamente, esta última forma de transmisión tiene como antecedente en la madre infectada alguna de las dos primeras. Al margen de ellas se ha demostrado que la probabilidad de transmisión del virus por otros medios - incluso a través de un contacto de sangre infectada con mucosas o inyección accidental de la misma en ambientes sanitarios - es muy escasa, habiéndose estimado empíricamente, en España, en un 2,4 por mil (Comunidad de Madrid, 1992). En cuanto a los hipotéticos contagios que podrían producirse a través de los avatares de la vida social cotidiana, si bien, desde un punto de vista estrictamente científico, en éste como en otros aspectos del mundo real, no puede darse nunca la seguridad absoluta - incluso hoy día es imposible construir un reloj exacto- Friedland, Kahl, Saltzman, Rogers, Feiner, Mayers, Schable y Klein (1990) han mostrado que de 206 personas no contagiadas que habían convivido con 90 enfermos de SIDA durante períodos comprendidos entre los 3 y los 101

meses, compartiendo con ellos vajillas, baños, duchas, toallas, peines, e incluso, en algunos casos, maquinillas de afeitar y cepillos de dientes, pero sin llevar a cabo comportamientos de riesgo, ninguna de ellas se había contagiado al cabo de un periodo de 6 a 12 meses después de haber cesado dicha convivencia.

En otro trabajo paralelo al que presentamos (Alonso y Bayés, en prensa), hemos señalado que de la misma manera que Rod Hudson fue el detonante que atrajo la atención mundial sobre la propagación del VIH a través de los comportamientos homosexuales de riesgo, el caso de Magic Johnson ha supuesto alertar a los heterosexuales sobre el hecho de que nadie se encuentra a salvo - ni siquiera un atleta extraordinario en su plenitud de su forma física- del virus del SIDA si lleva a cabo comportamientos de riesgo.

Los efectos de la declaración de Magic Johnson sobre las actitudes y conductas de una población norteamericana de riesgo han podido evaluarse gracias a que, en el momento en que tuvo lugar dicha declaración, se estaba llevando a cabo una investigación sobre el tema en usuarios de clínicas de enfermedades de transmisión sexual y pudieron obtenerse datos, antes y después de que Magic diera a conocer públicamente su condición de seropositivo. Langer, Zimmerman, Hendershot y Singh (1992), autores del trabajo que comentamos, obtuvieron los siguientes resultados: a) un porcentaje significativamente más elevado de usuarios (un 92 % postdeclaración frente a un 52 % predeclaración) se manifestó dispuesto a hacerse las pruebas de anticuerpos; b) tras la noticia, el riesgo percibido pasó de un 25 % a un 34 %; y c) como consecuencia de la declaración muchos de los usuarios admitieron que habían introducido cambios en sus hábitos sexuales: un 44 % había empezado a usar preservativo y un 54 % señalaron modificaciones diversas que incluían: monogamia (21 %), mayor selección al elegir un compañero sexual (10,6

%), menor número de parejas (9,2 %) y abstinencia sexual (3,5 %).

¿Son estos cambios adecuados y/o suficientes? ¿Hasta qué punto el caso Magic Johnson ha tenido influencia en los conocimientos, actitudes y conductas de la población española, especialmente en los de aquellas personas que pueden conocerle mejor - es decir, en las que piensan dedicar su vida profesional al mundo del deporte - y que, además, son jóvenes - con una vida sexual activa muchas de ellas - y viven en una de las ciudades - Barcelona - con mayor prevalencia del VIH en Europa? ¿Qué información, qué opiniones, qué hábitos de prevención o riesgo tienen, en la actualidad, nuestros futuros entrenadores deportivos?

En muchos deportes se produce sangre, se comparten duchas y utensilios, se intercambian golpes, abrazos y camisetas sudadas. ¿En qué medida esto supone - o se cree que supone - algún peligro de contagio? ¿hasta qué punto, si no hay riesgo, un temor injustificado al contagio puede conducir a dolorosas marginaciones o comportamientos de evitación en las canchas que supongan, en la práctica, la introducción de sesgos en la marcha de los partidos?. No olvidemos que si Magic Johnson se retiró de la competición, a pesar de gozar de excelente forma física, fue, al parecer, por el miedo que observó en los ojos de sus compañeros cuando accidentalmente se hizo un rasguño sangrante en un partido amistoso (Porta, 1992).

No hay duda de que el tema es importante y de que, por desgracia, posiblemente incrementará su trascendencia cuantitativa en el futuro. El entrenador, el psicólogo del deporte, las personas que forman, adiestran, atienden y aconsejan a los deportistas - tanto a los niños y adolescentes aficionados como a los profesionales de primera línea - constituyen agentes de salud a los que, fácilmente, acudirán en busca de consejo y ayuda muchos de ellos (Alonso y Bayés, en prensa). Es importante

que sus ideas sobre el SIDA y los problemas que esta pandemia plantea sean claras, que su información se encuentre al día, que conozcan y sepan utilizar estrategias adecuadas para implantar en los aficionados y profesionales del deporte prácticas y normas de prevención eficaces, así como de ahuyentar los temores infundados que puedan apoderarse de ellos en algún momento.

Nuestro trabajo trata de proporcionar algunas respuestas, siquiera sean provisionales y limitadas, a algunas de las preguntas que hemos formulado, como paso previo para el diseño, si fuera necesario - como consideramos lo es después de conocer los datos que mostraremos a continuación - de programas y estrategias de intervención.

Método

Sujetos

159 alumnos del Instituto Nacional de Educación Física de Catalunya, de los cuales 101 eran hombres y 58 mujeres.

116 cursaban primer curso, 42 cuarto curso y 1 sujeto hacia segundo con asignaturas de primero. La investigación se llevó a cabo durante el mes de Mayo de 1993 cuando los alumnos de primer curso llevaban ya ocho meses en la institución.

25 de los sujetos manifestaron conocer personalmente a alguna persona enferma de SIDA o contagiada por el VIH mientras que los 134 restantes respondieron negativamente a la pregunta que les fue formulada en este sentido.

En cuanto a la edad, un 25,2 % tenía menos de 20 años, el 59,1 % de 20 a 24 años y un 14,7 % más de 25.

Material

El cuestionario utilizado (ver Anexo) fue confeccionado especialmente para esta investigación. Consta de dos partes: la primera de ellas, en la que se trata de evaluar la información que posee el sujeto sobre el grado

de riesgo que implica cada una de 22 formas potenciales de transmisión del VIH; y la segunda, que contiene ocho afirmaciones opinables sobre situaciones que, directa o indirectamente, suponen algún tipo de discriminación para las posibles personas infectadas con el VIH. De hecho, la primera de estas ocho afirmaciones, es más de conocimiento que de opinión y es más adecuado incluirla junto a las 22 informativas.

Procedimiento

Puestos de acuerdo con el profesor de cada asignatura, el primer autor, antes de iniciarse la clase, explicaba brevemente a los estudiantes el objetivo de la investigación y solicitaba su

colaboración, aclarando que se trataba de una participación voluntaria e individualizada, y señalando que si alguien deseaba no responder podía devolver el cuestionario en blanco. Inmediatamente, se repartían los cuadernillos y, tras algunos minutos, se recogían cumplimentados. El tiempo necesario para hacerlo fue, aproximadamente, de 5 minutos y se consiguieron respuestas de todos los estudiantes presentes, no existiendo durante la administración intercomunicación entre ellos.

Resultados

En las Tablas 1 y 2 pueden observarse las medias y desviaciones típicas obtenidas.

Tabla 1. *Grado de riesgo de contagio por VIH asignado por los estudiantes del INEFC a diversas conductas o situaciones (1 = Ningún riesgo; 2 = Inferior a 0,1 %; 3 = Del 0,1 al 2 %; 4 = Del 2,1 al 10 %; 5 = Del 11 al 50 %; 6 = Del 50,1 al 99,9 %; 7 = Del 100 %)*

| ITEMS | MEDIAS OBTENIDAS | DESVIACIÓN ESTANDAR |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|
| 1. Tos o estornudo | 1.289 | 0.749 |
| 2. Compartir WC | 1.472 | 0.986 |
| 3. Compartir duchas | 1.321 | 0.881 |
| 4. Compartir toalla y esponja | 2.201 | 1.475 |
| 5. Compartir aparatos de musculación en un gimnasio | 1.264 | 0.724 |
| 6. Compartir agujas y jeringuillas para administrarse vitaminas, proteínas, anabolizantes, etc. | 6.767 | 0.439 |
| 7. Compartir piscina en pruebas individuales de natación | 1.277 | 0.878 |
| 8. Encontronazo con hemorragia de dos jugadores en un partido de waterpolo | 4.831 | 1.685 |
| 9. Placage de rugby sin hemorragia | 1.151 | 0.493 |
| 10. Placage de rugby con hemorragia de los dos jugadores | 5.050 | 1.602 |
| 11. Beber agua directamente de la misma botella en el campo de juego al interrumpirse el partido | 1.912 | 1.209 |
| 12. Combate de boxeo con hemorragia de ambos púgiles | 5.132 | 1.563 |
| 13. Abrazar con fuerza a un compañero después de un gol | 1.063 | 0.291 |
| 14. Penetración sexual vaginal sin preservativo (riesgo para el hombre) | 6.302 | 0.926 |
| 15. Penetración sexual vaginal con preservativo (riesgo para el hombre) | 2.654 | 1.410 |
| 16. Penetración sexual vaginal sin preservativo (riesgo para la mujer) | 6.403 | 0.756 |
| 17. Penetración sexual vaginal con preservativo (riesgo para la mujer) | 2.774 | 1.445 |
| 18. Contacto violento "cuerpo a cuerpo" en baloncesto | 1.340 | 0.664 |
| 19. Apretón de manos después de un partido | 1.038 | 0.191 |
| 20. Intercambio de camisetas sudadas después de un partido | 1.189 | 0.530 |
| 21. Auxiliar a un compañero accidentado cubierto de sangre sin guantes | 3.736 | 1.953 |
| 22. Auxiliar a un compañero accidentado cubierto de sangre con guantes | 1.604 | 1.067 |

Tabla 2. *Opinión sobre normas o medidas a adoptar con personas infectadas con VIH*
(1 = Completamente en desacuerdo; 2 = Desacuerdo en general; 3 = Duda; 4 = De acuerdo en general; 5 = Completamente de acuerdo)

| ITEMS OPINIÓN | MEDIAS OBTENIDAS | DESVIACIÓN ESTANDAR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|
| 1. Es posible detectar a una persona infectada a través de la observación cuidadosa de su aspecto físico | 2.182 | 0.934 |
| 2. Un deportista infectado ha de tener los mismos derechos a utilizar las instalaciones deportivas (desde las canchas de juego hasta las duchas y lavabos) que los deportistas no contagiados | 4.006 | 1.076 |
| 3. El médico del equipo tiene derecho a negarse a atender a un deportista con SIDA que haya tenido una lesión en la que aparezca sangre | 1.579 | 0.910 |
| 4. Las personas que participen en deportes de lucha (boxeo, taekwondo...) | 2.352 | 1.293 |
| 5. Las personas con VIH no deberían tener acceso a las piscinas públicas | 1.767 | 0.995 |
| 6. Al ingresar un nuevo miembro en un equipo de competición, debería practicársele obligatoriamente la prueba de anticuerpos del SIDA y sólo autorizar su incorporación si ésta resulta negativa | 2.409 | 1.284 |
| 7. Deberían realizarse pruebas obligatorias para detectar el virus del SIDA a todos los atletas que quisieran participar en las próximas Olimpiadas | 2.761 | 1.465 |
| 8. Si en un partido de baloncesto una persona hace correr el rumor de que en el equipo contrario uno de sus miembros está contagiado de SIDA, el temor al contagio podría llegar a alterar el resultado del partido | 3.157 | 1.353 |

Veamos primero la información que se posee sobre las potenciales fuentes de infección. Si agrupamos las conductas o situaciones, de acuerdo con la media de riesgo asignado por los estudiantes, podemos ofrecer la siguiente clasificación:

- a) *Situaciones o conductas consideradas de bajo riesgo:* *Media*
 (inferior al 0,1 %)
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1 - apretón de manos después de un partido | 1,038 |
| 2 - abrazar con fuerza a un compañero después de un gol | 1,063 |
| 3 - placaje de rugby sin hemorragia | 1,151 |
| 4 - intercambio de camisetas sudadas después de un partido | 1,189 |
| 5 - compartir aparatos de musculación de un gimnasio | 1,264 |
| 6 - compartir piscina en pruebas individuales de natación | 1,277 |
| 7 - tos o estornudo | 1,289 |
| 8 - compartir duchas | 1,321 |
| 9 - contacto violento "cuerpo a cuerpo" en baloncesto | 1,340 |
| 10 - compartir W.C. | 1,472 |
| 11 - auxiliar a un compañero accidentado cubierto de sangre con guantes | 1,604 |
| 12 - beber agua directamente de la misma botella en el campo de juego al interrumpirse el partido | 1,912 |
| 13 - compartir toalla y esponja | 2,201 |
- b) *Situaciones o conductas consideradas de riesgo medio:*
 (de 0,1 al 2 %)
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|
| 14 - penetración sexual vaginal con preservativo (riesgo para el hombre) | 2,654 |
| 15 - penetración sexual vaginal con preservativo (riesgo para la mujer) | 2,774 |

c) *Situaciones o conductas consideradas de alto riesgo:*

(más del 2,1 %)

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 16 - auxiliar a un compañero accidentado cubierto de sangre <i>sin guantes</i> | 3,736 |
| 17 - encontronazo con hemorragia de dos jugadores en un partido de water-polo | 4,830 |
| 18 - placaje de rugby con hemorragia en los dos jugadores | 5,050 |
| 19 - combate de boxeo con hemorragia en ambos púgiles | 5,132 |
| 20 - penetración sexual vaginal <i>sin</i> preservativo (riesgo para el hombre) | 6,302 |
| 21 - penetración sexual vaginal <i>sin</i> preservativo (riesgo para la mujer) | 6,403 |
| 22 - compartir agujas y jeringuillas para administrarse vitaminas, proteínas, anabolizantes, etc. | 6,767 |

Si ahora procedemos a ordenar las conductas o situaciones en función del acuerdo existente entre los estudiantes en la clasificación anterior, observamos que las mayores dudas y disparidad de respuestas se encuentran en:

| | <i>Desviación típica</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1 - auxiliar a un compañero accidentado cubierto de sangre <i>sin</i> guantes | 1,953 |
| 2 - encontronazo con hemorragia de dos jugadores en un partido de waterpolo | 1,685 |
| 3 - placaje de rugby con hemorragia de los dos jugadores | 1,602 |
| 4 - combate de boxeo con hemorragia de ambos púgiles | 1,563 |
| 5 - compartir toalla y esponja | 1,475 |
| 6 - penetración sexual vaginal <i>con</i> preservativo (riesgo para la mujer) | 1,445 |
| 7 - penetración sexual vaginal <i>con</i> preservativo (riesgo para el hombre) | 1,410 |
| 8 - beber agua directamente de la misma botella en el campo de juego al interrumpirse el partido | 1,209 |

Para tener en cuenta lo que estas desviaciones significan será suficiente con señalar que un 32% de los futuros profesionales deportivos cree que compartir la toalla y la esponja suponen un riesgo de contagio superior al 11 % y que un 22,6 % considera que auxiliar a un compañero accidentado cubierto de sangre sin guantes supone un riesgo de contagio superior al 50 %.

Incluso en aquellos puntos en los que existe poca dispersión, como la penetración vaginal sin preservativo, el riesgo asignado es muy exagerado: 85,6 % en el caso del hombre,

y 91,9 % en el caso de la mujer, opinan que el riesgo es superior al 50 %; de hecho, más de la mitad opinan que el riesgo es, en ambos casos, del 100 %. En el caso de usar preservativo, la gama de respuestas va desde un 18,9 % para el hombre y un 17 % para la mujer, que consideran que el riesgo es nulo, hasta un 5,1 % para el hombre y un 6,3 % para la mujer que estiman que el riesgo es superior al 50 %.

Se han llevado a cabo análisis estadísticos para determinar si existían diferencias significativas en función de la edad o el sexo

(análisis de varianza y prueba T, respectivamente). El hallazgo más interesante es quizás que a la penetración sexual sin preservativo y a los encontronazos deportivos que suponen hemorragia, las mujeres les atribuyen un riesgo superior que los hombres.

En cuanto a las opiniones, nos gustaría destacar lo siguiente:

a) Un 35,2 % duda y un 6,3 % se muestra de acuerdo en general, en que se puede detectar a una persona infectada a través de la observación cuidadosa de su aspecto físico.

b) Aun cuando la mayoría de sujetos es partidaria de la no discriminación en las instalaciones deportivas, no es menos cierto que un 4,4 % parece estar de acuerdo en negar el acceso a las piscinas públicas a las personas contagiadas por VIH y un 21,4 % tiene dudas en este punto.

c) El 36,5 % es partidario de que se efectuen pruebas obligatorias de anticuerpos a todos los atletas que quieran participar en las próximas Olimpiadas y un 17 % duda sobre este punto.

d) Un 47,2 % cree que si en el transcurso de un partido de competición una persona hace correr el rumor de que en el equipo contrario uno de sus miembros está contagiado de SIDA, el temor al contagio puede llegar a alterar el resultado del partido.

Discusión

Con respecto a la información que se posee queremos señalar lo siguiente:

a) Se observa una notable inclinación general a la exageración del riesgo, no registrándose diferencias, en este sentido, entre los deportistas de más edad y los más jóvenes. Esta tendencia puede conducir en muchas situaciones a temores infundados, actitudes discriminatorias y reacciones excesivas las cuales pueden afectar innecesariamente tanto a la calidad de vida individual como al rendimiento deportivo. Si bien este sesgo

puede, probablemente, explicarse en gran parte por la tendencia a la sobrevaloración de las probabilidades pequeñas e infravaloración de las grandes (Viladrich, 1986) y a la sobreestimación del riesgo de ocurrencia de acontecimientos indeseables infrecuentes (Johnson y Tversky, 1983; Slovic, Fischhoff y Lichtenstein, 1982). La enorme magnificación de la probabilidad de riesgo de contagio del VIH conferido por un número apreciable de sujetos a acontecimientos de poco frecuente peligrosidad nos señala, de forma inequívoca, la necesidad de que se lleve a cabo, lo antes posible, una drástica mejora en la información que se posee en este campo pues, como señalan Kahneman y Tversky (1982), estos sesgos subjetivos en la asignación de probabilidades suelen ser "estables, sistemáticos y difíciles de eliminar".

b) Mientras que parece existir incertidumbre sobre la posible transmisión del VIH en situaciones que se podrían considerar "atípicas" - precisamente las que afectan a los contextos deportivos - los sujetos de la investigación parecen tener claras cuáles son las principales vías de transmisión del VIH y los comportamientos que suponen un mayor riesgo. Incluso dentro de ellos, estimamos adecuado que los estudiantes atribuyan un riesgo superior, en las relaciones sexuales, a la mujer que al hombre, y que las mismas sean consideradas de menor riesgo que compartir un equipo de inyección.

c) Consideramos sumamente preocupante el hecho de que un 41,55 % no sepa que una persona contagiada asintomática no puede distinguirse, por su aspecto físico de una persona no contagiada y que la única garantía - y aun con condiciones debido al denominado "periodo ventana" - de que un/a potencial compañero/a sexual de estado serológico desconocido no esté infectado/a es una prueba de anticuerpos. Y si lo consideramos preocupante es debido a que mientras que la juventud actual parece haber asimilado el

mensaje de que la monogamia ofrece garantías, da la impresión de que pasa por alto que esta monogamia, para proporcionar seguridad, debe tener una duración de 8 o 10 años con fidelidad absoluta por ambas partes. Y la "monogamia serial" que parece practicar una parte importante de los jóvenes occidentales (Bayés, 1993) no suele poseer esta característica.

En cuanto a las opiniones:

a) Observamos que, en general, las mujeres muestran una mayor inclinación que los hombres hacia la no discriminación y la tolerancia, tendencia que es estadísticamente significativa en las opiniones sobre las problemáticas 4 - "Las personas que participen en deportes de lucha (boxeo, taekwondo...) sabiendo que están contagiadas deberían ser castigadas por la ley" - y 5 - "Las personas con VIH no deberían tener acceso a las piscinas públicas". Estas opiniones cobran mayor relevancia ante el hecho de que las mujeres consideran que en los deportes en los que existe peligro de hemorragia, el peligro de contagio es significativamente mayor que el que le asignan los hombres. Esta tendencia sería coherente con el resultado encontrado por otros autores (Amancio, 1989; Frable, 1989; Sousa y Leyens, 1987), los cuales concluyen que las mujeres suelen ser menos marginadoras que los hombres.

b) Es interesante señalar que el hecho de que un 36,5 % de estudiantes españoles del INEFC sean partidarios de que se efectúen pruebas obligatorias a todos los atletas que quieran participar en las próximas Olimpiadas y que un 17 % exprese dudas sobre ello, es posible que pueda satisfacer al gobierno de los Estados Unidos, cuyas leyes ponen trabas - en contra de las recomendaciones de la OMS- a la entrada en el país de portadores del VIH, motivo por el cual, a partir de 1990, las Conferencias Internacionales sobre el SIDA se celebran en Europa. Dado el número y múltiple procedencia de los atletas que van a participar en los Juegos de Atlanta, así como

el ritmo de diseminación de la epidemia y las conductas sexuales de riesgo de algunos deportistas, es muy probable que entre los participantes existan portadores del VIH. ¿Cómo van a actuar las autoridades estadounidenses? ¿Qué va a hacer en este terreno el Comité Olímpico Internacional?. De acuerdo con el punto 5 de la Declaración Consensual de la Reunión Consultiva sobre SIDA y Deporte de la O.M.S., 16 de Enero de 1989 (Alonso y Bayés, en prensa): " No hay ninguna justificación médica o de salud pública para someter a pruebas de detección de la infección por VIH a quienes vayan a participar en una actividad deportiva ". Pero, ¿pueden las autoridades norteamericanas tratar de forma diferencial - por motivos estrictamente económicos o de prestigio político - a los atletas haitianos que quieran participar en las Olimpiadas, por ejemplo, y a los trabajadores haitianos con el permiso de emigración en regla que quieran trabajar en el país?. Los científicos que trabajan sobre el SIDA no han tolerado la discriminación y llevan a cabo sus reuniones científicas fuera de las fronteras de los Estados Unidos ¿la tolerarán los atletas si se les impone?. Y si no se les impone, ¿dónde está la coherencia ética?

c) Consideramos con preocupación el hecho de que un 47,2 % crea que si en el transcurso de un partido alguien hace correr el rumor de que un jugador está contagiado de SIDA, el temor a un posible contagio pueda llegar a alterar el resultado del encuentro. Si a este 47,2 % unimos un 21,4 % de dudosos, la situación, desde un punto de vista deportivo, puede llegar a ser potencialmente muy peligrosa.

El contagio del virus por los comportamientos de riesgo sexuales y de drogadicción es mucho menos probable de lo que creen los estudiantes aunque no por ello deben dejar de tomarse precauciones pues la trascendencia de un contagio, si se produce es enorme y, en el momento actual, sus consecuencias son irreversibles. El contagio

del VIH a través de la práctica deportiva es sumamente improbable, aun en los deportes de contacto en los que se producen hemorragias, pero, a pesar de ello, es recomendable la práctica sistemática de las denominadas precauciones universales (Alonso y Bayés, en prensa).

Personalmente estimamos sumamente necesario y urgente, no solo que se proporcione a los futuros entrenadores, cuidadores y psicólogos del deporte una información

completa sobre el SIDA, sino que nos aseguremos de que: a) esta información ha sido debidamente asimilada por ellos; b) son capaces de transmitirla de forma adecuada y eficaz a los deportistas a su cargo, sean cuales fueren su edad y sexo; y c) pueden contestar a la mayoría de preguntas que puedan formularseles sobre el tema y saben derivar a los profesionales e instancias adecuadas aquellas problemáticas que escapan al ámbito de su competencia.

Referencias

- Alonso, C. y Bayés, R. (en prensa). SIDA y deporte. *Revista de Psicología General y Aplicada*.
- Amancio, L. (1989). Social differentiation between "dominant" and "dominated" groups: Toward an integration of social stereotypes and social identity. *European Journal of Social Psychology*, 19, 1-10.
- Bayés, R. (1992). Aportaciones del Análisis Funcional de la Conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 35-56.
- Bayés, R. (1993). La transmisión heterosexual del VIH: Aspectos psicológicos y conductuales. En R. Usieto, R. de Andrés y F. Cuberta (Eds.) *SIDA: Transmisión heterosexual del VIH* (pp. 115-123). Madrid: Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA.
- Comunidad de Madrid (1992). *Vigilancia epidemiológica del SIDA. Informe nº 10*. Madrid: Autor.
- Frabe, D. (1989). Sex typing and gender ideology: Two facets of the individual's gender psychology that go together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (1), 95-105.
- Friedland, G., Kahl, P., Saltzman, B., Rogers, M., Feiner, Ch., Mayers, M., Schable, Ch. y Klein, R. S. (1990). Additional evidence for lack of transmission of HIV infection by close interpersonal (casual) contact. *AIDS*, 4, 639-644.
- Johnson, E.J. y Tversky, A. (1983). Affect, generalization and the perception of risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (1), 20-31.
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1982). Subjective probability: A judgment of representativeness. En D. Kahneman, P. Slovic y A. Tversky (Eds.) *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 32-47). Cambridge: Cambridge University Press.
- Langer, L.M., Zimmerman, R.S., Hendershot, E.F. y Singh, M. (1992). Effect of Magic Johnson's HIV status on HIV-related attitudes and behaviors of an STD clinic population. *AIDS Education and Prevention*, 4 (4), 295-307.
- Porta, F. (1992). Magic Johnson deja la cancha para luchar contra el SIDA. *Fortuna Sports*, nº 45, 56-66.
- Slovic, P., Fischhoff, B. y Lichtenstein, S. (1982). Facts versus fears: Understanding perceived risk. En D. Kahneman, P. Slovic y A. Tversky (Eds.) *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 463- 489). Cambridge: Cambridge University Press
- Sousa, E. y Leyens, J. P. (1987). A priori vs. spontaneous models of attribution: The case of gender and achievement. *British Journal of Social Psychology*, 26, 281-292.
- Viladrich, C. (1986). *Modelos de toma de decisión individual en psicología*. Tesis doctoral no publicada. Bellaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Anexo: Cuestionario utilizado

Sida y deporte

A partir del día en que Magic Johnson anunció que se retiraba como jugador profesional de baloncesto se puso de manifiesto la problemática del SIDA en el deporte. El objetivo de esta investigación es analizar algunos aspectos de esta temática. Gracias por tu colaboración.

A continuación encontrarás una lista de conductas o situaciones. Te agradecemos *rodees con un círculo el grado de riesgo aproximado* que tú asignas a *cada una* de ellas, *en cada ocurrencia*, en la *transmisión* del virus del SIDA, si cada una de esas conductas o situaciones se da en relación con UN/A DEPORTISTA INFECTADO/A POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

| | RIESGO | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---------------|----------------|---------------|-----------------|----------|
| | Ninguno | Inferior al 0.1% | Del 0.1 al 2% | Del 2.1 al 10% | Del 11 al 50% | Del 50.1 al 99% | Del 100% |
| 1. tos o estornudo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. compartir W.C. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. compartir duchas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. compartir toalla y esponja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. compartir aparatos de musculación en un gimnasio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. compartir agujas y jeringuillas para administrarse vitaminas, proteínas, anabolizantes, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. compartir piscina en pruebas individuales de natación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. encontronazo con hemorragia de dos jugadores en un partido de waterpolo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. placage de rugby sin hemorragia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. placage de rugby con hemorragia de los dos jugadores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| RIESGO | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---------------|----------------|---------------|-----------------|----------|
| | Ninguno | Inferior al 0.1% | Del 0.1 al 2% | Del 2.1 al 10% | Del 11 al 50% | Del 50.1 al 99% | Del 100% |
| 11. beber agua directamente de la misma botella en el campo de juego al interrumpirse el partido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. combate de boxeo con hemorragia de ambos púgiles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. abrazar con fuerza a un compañero después de un gol. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. penetración sexual vaginal <u>sin</u> preservativo (riesgo para el hombre) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. penetración sexual vaginal <u>con</u> preservativo (riesgo para el hombre) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. penetración sexual vaginal <u>sin</u> preservativo (riesgo para la mujer). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. penetración sexual vaginal <u>con</u> preservativo (riesgo para la mujer) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. contacto violento "cuerpo a cuerpo" en basquet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. apretón de manos después de un partido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. intercambio de camisetas sudadas después de un partido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. auxiliar a un compañero accidentado cubierto de sangre <u>sin</u> guantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. auxiliar a un compañero accidentado cubierto de sangre <u>con</u> guantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

A continuación encontrarás una lista de situaciones o problemas sobre los que agradeceremos nos expongáis tu opinión.

| | Completa mente en desacuer do | Desacuer do en general | Duda | De acuerdo en general | Completa mente de acuerdo |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|------|-----------------------|---------------------------|
| 1. es posible detectar a una persona infectada a través de la observación cuidadosa de su aspecto físico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. un deportista infectado ha de tener los mismos derechos a utilizar las instalaciones deportivas (desde las canchas de juego hasta las duchas y lavabos) que los deportistas nocontagiados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. el médico del equipo tiene derecho a negarse a atender a un deportista con SIDA que haya tenido una lesión en la que aparezca sangre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. las personas que participen en deportes de lucha (boxeo, taekwondo ...) sabiendo que están contagiadas, deberían ser castigadas por la ley | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. las personas con VIH no deberían tener acceso a las piscinas públicas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. al ingresar un nuevo miembro en un equipo de competición, debería practicársele obligatoriamente la prueba de anticuerpos del SIDA y sólo autorizar su incorporación si ésta resulta negativa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. deberían realizarse pruebas obligatorias para detectar el virus del SIDA a todos los atletas que quisieran participar en las próximas Olimpiadas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. si en un partido de baloncesto una persona hace correr el rumor de que en el equipo contrario uno de sus miembros está contagiado de SIDA, el temor al contagio podría llegar a alterar el resultado del partido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Edad

| | |
|-------------|--|
| Menos de 20 | |
| De 20 a 24 | |
| De 25 a 29 | |
| Más de 30 | |

Sexo

| | |
|--------|--|
| Hombre | |
| Mujer | |

Estudios que realizas actualmente _____

Curso _____

¿Conoces personalmente a alguna persona infectada por el VIH o enferma de SIDA?

| | |
|----|--|
| SI | |
| NO | |