

Notas y comentarios

Análisis de las Conductas Sexuales en las Antillas y Guayana. Encuesta de la Agencia Nacional de Investigaciones sobre el Sida (Agence Nationale de Recherches sur le Sida-ANRS)

Investigadores responsables:

Michel Giraud*

Augustin Gilloire**

Otros investigadores:

Sandrine Halfen***

Patrick de Colomby****

Presentación de la encuesta****

Objetivos y gestión

Dada la gravedad de la epidemia del sida en las Antillas y sobre todo en Guayana¹ (con el número de infectados más grande del conjunto francés, en relación con la población total de sus departamentos)² se

* (CNRS, CRPLC, Martinica).

** (CNRS, APSONAT, París).

*** (MSH, GROMSCA, París).

**** Queremos agradecer en primer lugar a los hombres y mujeres que accedieron a responder nuestro cuestionario, así como a los encuestadores, cuya seriedad permitió en gran medida la realización de la encuesta. Nuestro reconocimiento se dirige igualmente a todas las personas que localmente han aceptado participar en la reflexión de los grupos piloto, y en particular a sus responsables, la doctora Jocelyne Armougnon en Guadalupe, la doctora Elvire Aronica en Guayana y la señora Viviane Petitjean-Roget en Martinica; al doctor Lambert-Félix Prudent, quien realizó las versiones en lengua criolla del cuestionario y cuya compañía fue de gran utilidad en los tres sitios para el entrenamiento de los encuestadores, así como a todos los que contribuyeron a la realización de este estudio. Agradecemos al personal de la unidad 292 del INSERM, así como al de la Maison des Sciences de l'Homme, la ayuda que nos brindaron; por último, al profesor Alfred Spira, la señora Nathalie Bajos y a todos nuestros colegas del grupo ACSF, de cuya experiencia y consejos nos hemos beneficiado, sin olvidar a la ANRS, cuyo financiamiento hizo posible este trabajo.

¹ Se habla aquí de la Guayana Francesa solamente.

² La incidencia acumulada de casos de sida censados hasta el 31 de diciembre de 1994 fue de una vez y media en Martinica, casi dos veces y media en Guadalupe y seis

ha vuelto particularmente necesario, con fines de prevención, extender a esta área geográfica la operación de investigación Análisis de las Conductas Sexuales en Francia (ACSF).³ Esta operación, determinada y financiada en lo esencial por la Agencia Nacional de Investigaciones sobre el Sida (ANRS) y realizada bajo la responsabilidad del director de la unidad 292 del Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica (INSERM), el profesor Alfred Spira, incluyó así una sección dedicada a los departamentos franceses de América (DFA): la encuesta Análisis de las Conductas Sexuales en las Antillas y Guayana (ACSAG). El costo total de esta encuesta fue de 3.2 millones de francos, provenientes únicamente de fondos públicos.

El objetivo principal de esta encuesta, como de la ACSF, fue recopilar y analizar datos básicos sobre las conductas sexuales en las poblaciones consideradas, que pudieran ser útiles tanto en la definición adecuada y evaluación de estrategias para impedir –o al menos aminorar– la difusión de la epidemia del sida y de las ETS en general, como en la elaboración de modelos preventivos contra esta epidemia. Por lo tanto, la prevención de las prácticas de riesgo responsables de esta difusión –en particular ciertas prácticas sexuales– implica que se conozcan previamente y con la mayor precisión las posibles conductas a las cuales están más estrechamente asociadas. Este conocimiento implica que pueda ser estimada la importancia relativa de dichas conductas y prácticas, aunque también que éstas puedan ser mejor comprendidas, si no es que del todo explicadas, por medio de un análisis de los factores psicológicos, de relación, sociológicos y culturales que les son asociados.

Por otro lado, para poder entender las particularidades epidemiológicas de la difusión del sida en el área de Antillas-Guayana (en particular el hecho de que aquí la transmisión sexual del virus ocurre por relaciones heterosexuales mucho más que en los países de América del Norte o de Europa, incluida en la Francia Metropolitana)⁴ era

veces y media en Guayana, más fuerte que en toda Francia, estos porcentajes son: 85.6, 139.8 y 372.2 casos por cada 100 mil habitantes, respectivamente, contra 58.1 en Francia (aunque con 168.4 en Ile-de-France, la región más afectada de la metrópoli); *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (BEH), 8/1995, 21 de febrero de 1995.

³ Para una presentación detallada del dispositivo ACSF, *Les comportements sexuels en France* (París: La documentation Française, 1993), así como "Sexualité et Sciences Sociales", *Population*, 5 (septiembre-octubre, 1993).

⁴ Estas relaciones son con mucho la primera causa de infección en esta región, a diferencia de Francia, donde las formas de transmisión dominantes son los contactos homosexuales y las prácticas toxicómanas (con 47.1 y 23.5% de los casos, respectivamente). Del total acumulado de los casos de sida en los DFA, las personas infectadas en un

necesario poner en evidencia los elementos sociales y culturales específicos que subyacen en estas particularidades. Para lograrlo se decidió finalmente recurrir a una vía intermedia entre la elaboración de un protocolo de investigación totalmente original y la simple aplicación del dispositivo científico del ACSF a las realidades de los departamentos americanos. Optar por la originalidad hubiera sido ilusorio: la urgencia de estudiar esta situación no dejaba tiempo para compensar la falta de trabajos amplios sobre sexualidad en las Antillas y Guayana, cuyos resultados hubieran sido necesarios para fundamentar un rumbo específico. La opción de imitar simplemente la encuesta ACSF hubiera sido ineficiente, en el sentido de que no se habría adecuado a nuestra necesidad de investigar las especificidades sobre las conductas sexuales en las Antillas y Guayana. Así, la vía elegida fue adaptar el dispositivo de la encuesta metropolitana (tanto los métodos como los instrumentos, y en particular el cuestionario) a las realidades particulares de estos países, tanto epidemiológicas como sociales, culturales y lingüísticas.

Una de nuestras principales preocupaciones fue asegurar la posibilidad de comparar los resultados de esta investigación con los de la encuesta ACSF y, por medio de ésta, con los de estudios realizados en otros países sobre el mismo tema. Asimismo, estamos convencidos de que será en definitiva la confrontación de nuestros resultados con otros del mismo orden relativos a los demás países del Caribe, lo que permitirá comprender la naturaleza de las especificidades encontradas.

La adaptación fue larga —llevó cerca de dos años— y difícil, aunque finalmente, gracias a la experiencia de la operación ACSF y a la ayuda de grupos piloto y de análisis formados en cada departamento, se pudo producir un cuestionario adecuado. Si bien —obligada la comparación— los principios de construcción de este último, su lógica de conjunto e incluso el tema y orden de sus preguntas son prácticamente idénticos a los del cuestionario francés, la formulación de estas preguntas fue muy a menudo replanteada en virtud de su adaptación a las particularidades culturales y lingüísticas de las Antillas y Guayana. Asimismo, se pudo definir una metodología de campo particular a partir de la realización de encuestas piloto en Guayana y Guadalupe durante 1991, que permitieron, entre otras cosas, que en los tres DFA se conservara definitivamente el *procedimiento de investigación llamado*

contacto heterosexual representaron 58.2% en Guadalupe, 65.9% en Martinica y 78.5% en Guayana (contra 13.1% en Francia); Réseau National de Santé Publique, Surveillance du Sida, *Situation au 31 décembre, 1994*.

“cara a cara”, en lugar del procedimiento por vía telefónica, principalmente porque reduce las tasas de negativas a participar en la encuesta.

Metodología

Selección de las muestras

La necesidad en nuestra investigación de realizar una encuesta a la población en general se debió al intento de hacer una “fotografía” de las conductas sexuales de los individuos residentes en los tres DFA. Para garantizar la exactitud de esta fotografía se decidió, como en la encuesta ACSF, seleccionar a las *tres muestras según el método de muestreo aleatorio*. Tanto en Martinica como en Guadalupe se utilizó como base de sondeo la lista de usuarios del servicio telefónico, pues es la más completa de las bases disponibles. Éste no es el caso de Guayana, donde se debió seleccionar aleatoriamente los hogares a partir de fotografías aéreas y planos catastrales. Además, se decidió estratificar las muestras por comunidad, con el fin de asegurar una buena representatividad de la distribución municipal de la población en cada departamento.⁵

Finalmente, para que la elección de la persona encuestada en cada hogar fuera a su vez aleatoria, el encuestador interrogó, al igual que en Francia, a quien cumpliera años primero. Para poder ser seleccionado (ser elegible), cada individuo debía tener entre 18 y 69 años de edad, hablar francés o lengua criolla y tener su residencia principal en el departamento en que se realizaba la encuesta.

Tasas de rechazo y abandono

Las tasas de rechazo a participar en la encuesta se mantuvieron en un nivel bajo, así como las tasas de abandono durante la entrevista, prueba de que las personas residentes en los tres departamentos de ultramar fueron particularmente receptivas ante una encuesta de salud pública (cuadro 1).

⁵ En Guayana la encuesta cubrió siete de las principales comunidades; las otras fueron descartadas ya por razones materiales o por la fuerte especificidad de una gran dispersión de su población. En Guadalupe fueron razones materiales las que obligaron a excluir del área de la encuesta a las dependencias de esta lista.

CUADRO 1
Comparación de las tasas según el lugar de la encuesta (en porcentajes)

	<i>Guayana</i>	<i>Guadalupe</i>	<i>Martinica</i>	<i>Francia</i>
Tasa de rechazo*	13.2	15.8	19.7	23.5
Tasa de abandono**	2.6	0.7	1.4	3.1

* La tasa de rechazo es el número total de no aceptación en relación al número de hogares contactados con al menos un miembro elegible.

** La tasa de abandono es el número total de cuestionarios abandonados en relación al número de cuestionarios comenzados.

Representatividad de las muestras

Ciertas distorsiones fueron constatadas al comparar los datos recolectados en los tres sitios que abarcó esta encuesta con los datos disponibles referentes a la población general de cada uno de los departamentos (Censo General de Población de 1990): una sobre representatividad de las mujeres encuestadas en relación con su proporción real en la población, así como algunas desviaciones, de distinto carácter y amplitud según cada departamento y sexo, entre las estructuras por edad de las muestras y de las poblaciones censadas.

Como la mayor parte de los análisis se realizaron por separado para cada sexo, el primer sesgo mencionado no tiene incidencia directa en los resultados. En cambio, las desviaciones observadas en la estructura por edad nos obligaron a corregir las muestras con el fin de transformarlas en representativas de la población general de cada departamento. Así, se dio a cada individuo encuestado una ponderación para poder corregir la sobre (o sub) representatividad de las categorías de edad, estado civil y csp a las cuales pertenece.

Confiabilidad de las respuestas

Durante la preparación de la encuesta se tuvo particular cuidado en garantizar a los individuos contactados el anonimato y la seriedad de

ésta. Asimismo, se intentó que todos comprendieran los objetivos de la investigación, con el fin de mejorar la aceptación por parte de las personas que responderían a la encuesta, ya que de esto dependería la confiabilidad de las respuestas. En efecto: cuanto mayor fue la aceptación del individuo a los principios de la encuesta, tanto más se dispuso a responder sinceramente a las preguntas planteadas. Se envió a cada hogar seleccionado una carta-anuncio con membrete del INSERM, explicando la importancia del estudio para la prevención en materia de salud pública.

Nuestros esfuerzos también se concentraron en la concepción misma del cuestionario, el cual fue objeto de una preparación minuciosa. Por ejemplo, el vocabulario empleado es el que más se acerca al lenguaje hablado; también se puso a disposición de los encuestados una adaptación en lengua criolla del cuestionario francés. Asimismo, para evitar que la respuesta a una pregunta pudiera ser inducida por respuestas anteriores o que los encuestados respondieran sólo las conductas que suponían se esperaban de ellos, la posición de las preguntas fue cuidadosamente determinada.

Así el análisis de los resultados de la encuesta ACSAG demuestra en varios sentidos la buena aceptación de los encuestados y la confiabilidad de las respuestas obtenidas:

– *la tasa de no respuesta por pregunta es, en conjunto, asombrosamente reducida*, lo cual permite eliminar la eventualidad de que las preguntas hayan suscitado una fuerte incomprensión o una resistencia importante;

– *la congruencia de las respuestas de cada encuestado a lo largo de todo el cuestionario, así como la concordancia de las respuestas entre hombres y mujeres*, en particular respecto a las prácticas realizadas en los dos últimos contactos sexuales, son igualmente indicadores de la confiabilidad;

– *el paralelismo entre los datos de la encuesta ACSAG y los datos epidemiológicos* constituye una última indicación positiva de la confiabilidad de las respuestas. Pensamos, por ejemplo, en la convergencia observada –según el lugar de la encuesta– entre la prevalencia del sida y la importancia de la multiplicidad de parejas o de las relaciones con prostitutas entre los varones heterosexuales.

Es importante finalmente recordar que lo útil para la prevención no es tanto medir la frecuencia de tal o cual fenómeno en forma preci-

CUADRO 2
Comparación de las tasas según el lugar de la encuesta, por sexo y edad

Grupos de edad	Guadalupe			Martinica			Guayana		
	Homb.	Muj.	Total	Homb.	Muj.	Total	Homb.	Muj.	Total
18-29	119	119	238	145	146	291	105	124	229
30-39	141	150	291	120	131	251	98	99	197
40-39	73	97	170	74	105	179	50	57	107
50-59	62	82	144	54	74	128	29	16	45
60-69	71	93	164	61	96	157	18	25	43
Total	466	541	1 007	454	552	1 006	300	321	621

sa, sino indicar su importancia en relación con los mecanismos sociológicos y psicológicos que influyen en la conducta sexual y, más precisamente, en el hecho de arriesgarse o adoptar medidas de protección frente al sida.

Principales resultados

La siguiente presentación de resultados tiene esencialmente una función descriptiva, y no concierne a la totalidad de los datos recolectados. Una obra más completa, sobre todo en cuanto al análisis, se publicará próximamente.

Características generales de las conductas sexuales

La actividad sexual

Nada en los datos de la encuesta ACSAG indica una actividad sexual particularmente intensa en las Antillas o Guayana. Lo que muestran, en comparación con los datos de la encuesta ACSF,⁶ es que las proporciones de personas sexualmente activas durante la vida en general y en los últimos doce meses son perceptiblemente iguales en estos países que en Francia, e incluso inferiores en cuanto a la actividad en las últimas cuatro semanas (cuadro 3).

⁶ A menos que se aclare lo contrario, todos los datos presentados en este trabajo referentes a Francia provienen de la base ACSF.

CUADRO 3

Personas sexualmente activas durante su vida, dentro de los últimos 12 meses y en las últimas cuatro semanas (en porcentajes)

<i>Sexualmente activas</i>	<i>Guadalupe</i>		<i>Martinica</i>		<i>Guayana</i>		<i>Francia</i>	
	<i>Homb.</i>	<i>Muj.</i>	<i>Homb.</i>	<i>Muj.</i>	<i>Homb.</i>	<i>Muj.</i>	<i>Homb.</i>	<i>Muj.</i>
Vida	96	91	97	92	95	96	96	95
12 meses*	94	86	94	83	94	87	94	88
4 semanas**	81	80	81	79	83	76	92	91

* entre las personas sexualmente activas durante su vida.

** entre las personas sexualmente activas en los últimos 12 meses.

Asimismo, para el conjunto de personas que declaró haber tenido relaciones sexuales durante el mes previo a la encuesta, el número medio de relaciones durante las últimas cuatro semanas es cercano al indicado por las personas interrogadas en el hexágono (Francia Metropolitana) (sin distinción de sexo, son cinco en las Antillas y siete en Guayana, contra ocho en Francia entre los hombres y siete entre las mujeres).

Edad a la primera relación sexual

Igualmente, en cuanto a la edad en la cual los individuos tuvieron relaciones sexuales por primera vez, *tampoco se observa actualmente una precocidad particular en los habitantes de los departamentos americanos*. Las mujeres residentes en las Antillas parecen ser considerablemente menos precoces que las de Francia. Si bien la evolución de las costumbres ha hecho que en ambos espacios geográficos los individuos comiencen a tener relaciones sexuales cada vez más temprano, esta reducción de la edad de la primera relación —más fuerte en las mujeres que en los hombres— es dos veces más importante en Francia que en los DFA.

CUADRO 4

Edad mediana* de la primera relación (en años)

<i>Grupos de edad</i>	<i>Antillas</i>		<i>Guayana</i>		<i>Francia</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
18-24	15.9	18.1	17.6	16.4	16.5	17.1
25-34	16.3	18.3	16.1	17.4	16.9	17.9
35-44	16.0	18.8	16.8	18.5	17.6	18.8
45-69	17.3	19.7	17.0	18.9	18.2	20.8

* Es decir, que 50% de los individuos tuvo su primera relación sexual antes de dicha edad.

Por otro lado, el hecho de que esta tendencia a comenzar una vida sexual cada vez más tempranamente se confirme incluso hoy día en Antillas y Guayana parece indicar que la aparición del sida no ha conducido, como regla general, a que los jóvenes de estos países retrasen la edad de su primera relación sexual, como tampoco ocurre en el hexágono (la excepción quizás sean los hombres de Guayana). Así, la gran mayoría de los jóvenes de Antillas y Guayana, de ambos sexos, declaran haber comenzado a tener relaciones sexuales entre los 16 y 18 años, mientras que los mayores, de entre 45 y 69 años, dicen que su iniciación se remonta a la época en que tenían entre 17 y 20 años.

Prácticas sexuales en el curso de la vida

Los hombres interrogados en los departamentos americanos manifestaron un apego a la penetración mucho más significativo, en proporción, que los hombres del hexágono. Éste no es el caso para las mujeres de estos departamentos. En efecto, mientras entre estas últimas, al igual que entre sus homólogas de Francia, alrededor de la mitad considera que en general una relación sexual sin penetración puede ser frustrante tanto para un hombre como para una mujer, entre los hombres de los DFA más de dos terceras partes ven en una relación tal una fuente de frustración para un sujeto masculino, y sólo la mitad piensa lo mismo para un sujeto femenino (los hombres metropolitanos no marcan tal diferencia entre los sexos). La encuesta ACSAG, al igual que la encuesta ACSF, confirma *la universalidad de la penetración vaginal*. Casi la totalidad de las personas (alrededor de 99%) declara haberla practicado al menos una vez en su vida (cuadro 5).

No ocurre lo mismo con las otras prácticas sexuales. Contrariamente a lo observado para el coito vaginal, *la penetración anal parece poco practicada* en las relaciones entre hombres y mujeres. No obstante, debe hacerse principalmente dos observaciones a este respecto.

En primer lugar, aunque el grupo de personas con esta práctica, entre los hombres sexualmente activos durante su vida, es casi equivalente en las Antillas y en Francia, es más importante para los hombres de Guayana y perceptiblemente menor en las mujeres de los tres DFA. Las desviaciones encontradas en este aspecto entre hombres y mujeres no deberían presentarse en una muestra representativa de la población. Para las Antillas, entonces, es necesario suponer ya sea que

CUADRO 5
Prácticas sexuales realizadas al menos una vez en la vida (en porcentajes), entre personas que han tenido al menos una pareja del sexo contrario*

	<i>Martinica</i>		<i>Guadalupe</i>		<i>Guayana</i>		<i>Francia</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Penetración anal	28	16	31	15	39	17	29	23
Felación	64	50	67	45	71	51	75	63
Cunnilingus	63	59	63	58	70	63	78	72
Masturbación	45	14	46	21	61	25	83	43

* Excluida la ausencia de respuesta.

los hombres declaran la penetración anal más de lo que en realidad la practican, o que las mujeres la subdeclaran. Nos parece que la segunda hipótesis es más factible que la primera, en la medida en que las diferencias entre los porcentajes registrados en los DFA y en el hexágono conciernen sólo a las mujeres. Para sostener lo contrario haría falta tener índices de una valoración relativamente más alta de la sodomía entre los hombres de los DFA que entre los franceses, índices de los cuales no disponemos por el momento. De modo que serían las mujeres de Antillas y Guayana quienes se apegarían a una imagen particularmente negativa de la práctica en cuestión, quizás porque esta imagen las desvaloriza delante de sus parejas masculinas. Por el contrario, en Guayana el porcentaje más alto de practicantes declarados de la sodomía en relación con el del hexágono vuelve plausible el caso de una sobredeclaración masculina.

Por otro lado, en las Antillas el porcentaje de personas interrogadas, sin distinción de sexo, que declaró nunca haber practicado una penetración anal varía considerablemente según la edad: es inferior entre los de 18-24 años que entre los de 55 y más, con una desviación entre estos dos grupos de edad de diez puntos en promedio (aunque éste no es el caso en Guayana ni en Francia). Una de dos cosas: ya sea que con la "evolución de las costumbres" hubo un aumento real de esta práctica entre las generaciones más jóvenes, o bien que esta misma evolución hace que actualmente sea más fácil declarar un acto realizado desde hace mucho tiempo en la misma proporción. Desde esta perspectiva, el caso particular de Guayana ya indicado podría entonces explicarse por una tolerancia más alta y sobre todo más antigua de esta práctica, en particular si se relaciona con la importancia

relativa del porcentaje de personas que declara ya haber experimentado una penetración anal.

La declaración de las *prácticas buco-genitales* se sitúa en un nivel intermedio entre las del coito vaginal y la penetración anal en los tres departamentos (cuadro 5). Se constata, por un lado, que estas prácticas reúnen siempre, en ambos sexos, porcentajes inferiores a los observados en Francia y, por otro lado, que en los DFA las declaraciones de los hombres son siempre superiores a las de las mujeres. Esta diferencia sólo parece significativa en cuanto a la felación. Parece, pues, que fuera de los fenómenos de sobredeclaración masculina o subdeclaración femenina ya considerados, estas prácticas efectivamente se realizan en menor grado en las Antillas y Guayana que en el hexágono.

En cuanto a la *masturbación*, la diferencia considerable entre los porcentajes registrados en los departamentos de ultramar y en Francia (cuadro 5) atestigua una fuerte desvalorización del autoerotismo en la región, y más en las mujeres que en los hombres. Aquí encontramos nuevamente una menor tolerancia social de estas prácticas cuando son realizadas por mujeres, lo cual podría suscitar una subdeclaración femenina, así como la particularidad de Guayana. Además, al igual que en las otras prácticas, se constata que el autoerotismo es más reconocido, y por lo tanto quizás mejor aceptado, entre las generaciones jóvenes que entre las viejas generaciones (de una a dos veces).

Homosexualidad y bisexualidad

En los tres departamentos ninguna de las personas interrogadas declaró haber tenido únicamente parejas de su mismo sexo durante toda su vida, y sólo una mujer en las Antillas y un hombre en Guayana lo declararon para los últimos doce meses. Por otro lado, de un total de poco más de 2 500 individuos sexualmente activos en su vida, 37 dijeron haber tenido relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. De modo que en cada uno de los departamentos poco menos de 1% de los hombres y 2% de las mujeres han tenido al menos una pareja del mismo sexo en toda su vida (contra, 4 y 2.5% respectivamente en Francia).

Los encuestados que declararon haberse sentido atraídos alguna vez por una persona de su mismo sexo representaron porcentajes equivalentes a los que se acaban de indicar (alrededor de 1% en hombres y 1.5% en mujeres). Nuevamente, la excepción fueron sólo

los hombres de Guayana, pues declararon con una frecuencia cuatro veces mayor haberse sentido atraídos por hombres, así como haber tenido efectivamente relaciones homosexuales (3.5 contra 0.8 por ciento).

¿La relativa confiabilidad del número de homosexuales y bisexuales en las muestras de Antillas y Guayana es un fiel reflejo de la realidad o es que en estos países se calla masivamente la homosexualidad y bisexualidad? El hecho —demostrado por la comparación de los datos de esta encuesta con los de la encuesta ACSF— de que estos comportamientos son fuertemente condenados aquí, sobre todo en cuanto a la homosexualidad masculina, podría llevarnos a pensar lo segundo, pues en Antillas sólo 10% de las personas interrogadas de ambos sexos juzga aceptable que dos hombres hagan el amor juntos, contra 30% de los hombres y 40% de las mujeres en Francia.⁷ Sin embargo, ¿cómo explicar entonces que un rechazo desigual según el departamento y sexo de los encuestados, tanto de la homosexualidad masculina como de la femenina, pueda haber provocado una “subdeclaración” idéntica en los tres departamentos y en ambos sexos?

La multiplicidad de parejas y recurso de los hombres a la prostitución femenina

Los resultados de nuestros análisis indican sin ambigüedad una fuerte proporción de hombres residentes en Antillas y Guayana que declaran tener o haber tenido relaciones sexuales con dos o más personas durante el año previo a la encuesta. En general, esta proporción es en *Martinica dos veces mayor, y en Guadalupe y Guayana tres o más veces mayor, que en el hexágono* (cuadro 6).

Respecto a la recurrencia a prostitutas por parte de algunos hombres, se encontró la misma proporción de un departamento a otro, así como diferencias importantes, en los casos de Guadalupe y sobre todo Guayana, en relación con lo registrado en Francia: en estos dos departamentos, cerca de la décima y la cuarta parte, respectivamente, de los hombres sexualmente activos durante su vida han ido a “ver” al menos una vez a una prostituta en los últimos cinco años, contra menos de 5% en Martinica y en el hexágono (cuadro 7).

⁷ Sólo los hombres de Guayana constituyeron una excepción a esta intolerancia masiva de la homosexualidad masculina, pues la aceptaron en la misma proporción que los hombres del hexágono (29 por ciento).

CUADRO 6

Proporción de individuos que tienen más de una pareja sexual, según sexo y edad (en porcentajes), en relación a las personas sexualmente activas durante su vida

Grupos de edad	Martinica		Guadalupe		Guayana		Francia	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
18-24	54	16	45	9	31	20	28	12
25-34	62	13	46	13	42	10	14	7
35-44	32	12	32	8	29	7	12	6
45-69	23	12	29	3	19	1	8	3
Total	43	13	38	8	30	8	13	6

CUADRO 7

Clientes de prostitutas en los últimos cinco años (porcentaje)

Grupos de edad	Guayana	Guadalupe	Martinica	Francia
18-24	18.7	15.5	7.1	4.7
25-34	40.4	7.5	6.5	3.8
35-44	13.8	5.5	3.5	3.4
45-69	10.7	8.1	2.1	1.8
Total	22.5	9.0	4.9	3.3

En compensación, las mujeres de estos departamentos –al menos en las Antillas– declaran tener una multiplicidad de parejas con una frecuencia sólo ligeramente mayor que las mujeres de Francia, aunque las de Guayana lo declaran el doble de veces. Una diferencia tal entre las declaraciones de hombres y mujeres –fenómeno demostrado además por todas las encuestas conocidas sobre conductas sexuales– es un problema porque las mujeres con múltiples parejas sexuales tienen en promedio menos parejas que los hombres. La explicación más comúnmente admitida supone que los hombres tenderían a sobreestimar el número de sus “conquistas” o, por lo menos, a no omitir ninguna, ni siquiera las más efímeras, en la medida en que les agrada la imagen del seductor, mientras que las mujeres tenderían a subestimar este número, pues las normas las conducirían más difícilmente que a los hombres a considerar la existencia de parejas sexuales de las cuales no están o no han estado enamoradas y con las cuales sólo han tenido un vínculo pasajero. Esta explicación tendría que ver

con una imagen social muy valorada de la virilidad o de la capacidad de seducir al mayor número de mujeres (mientras que a las mujeres no se concede la versión recíproca), imagen que nos hace pensar que esta situación es preponderante en las sociedades de Antillas y Guayana. Esta hipótesis también está vinculada con profundas diferencias según el sexo de que se trate en cuanto a la concepción de las relaciones entre amor y sexualidad. Este punto será posteriormente objeto de análisis más profundos.

Son muy significativos los hallazgos de los hombres con múltiples parejas, tanto en número como en naturaleza, lo cual se convierte en un rasgo particular de los departamentos DFA respecto de la metrópoli. En primer lugar, *no es, como en Francia, atributo de los jóvenes* en fase de iniciación sexual, sino más bien un comportamiento que persiste en los individuos, incluso cuando su importancia tiende –como en todas partes (aunque aquí no tan rápido)– a disminuir con la vejez.

Segundo, la proporción de la multiplicidad simultánea de parejas (estimada según el número de parejas actuales de las personas con varios compañeros sexuales) es particularmente alta en los hombres: ésta oscila alrededor de 50% de los casos (más de dos veces lo observado en Francia), y esto para todos los grupos de edad a partir de los 25 años, mientras que en el hexágono aumenta progresivamente con la edad (de 14% entre los de 25-34 años hasta 36% en los de 45 años en adelante).

Otra diferencia con Francia: un gran número de los hombres que viven en pareja en los DFA declara haber tenido más de una pareja durante los últimos doce meses: 20% de los casados en Martinica y 30% en Guadalupe, o sea, tres o cuatro veces más que la media metropolitana.

Finalmente, en todas las Antillas hay una alta proporción de individuos que denominamos como “polígamos estables”, pues todas sus parejas son personas con las cuales tenían relaciones sexuales desde antes del año previo a la encuesta: representan en Martinica más de la mitad de los hombres con parejas múltiples y en Guadalupe poco menos de la mitad, mientras que en Guayana sólo constituyen 17% del conjunto, contra 30% en Francia.

Todos estos índices convergen para subrayar que entre los hombres de los DFA, los individuos con varias parejas sexuales, aunque globalmente sean una minoría, no constituyen un comportamiento marginal (tanto como en Guayana el hecho de recurrir frecuentemente a las prostitutas), al grado de que alguien podría atreverse a ver en esta conducta cierto “estilo de vida”.

La importancia del número de personas que tienen múltiples parejas “estables” en las Antillas, podría constituir una indicación positiva en cuanto a la prevención del sida y, de manera más amplia, de las ETS, si se admite que las posibilidades de exposición a los riesgos en cuestión aumentan con los intercambios sexuales. Así, esta indicación atenuaría, en cierta medida, el alcance negativo que tiene la diversidad de compañeros sexuales, declarada en estas islas, y en particular en Martinica, donde a una proporción relativamente pequeña de individuos con múltiples parejas, se agrega la más fuerte estabilidad de estas relaciones en los tres DFA. No ocurre lo mismo en Guayana, donde una inestabilidad de este tipo de relaciones –dos veces más fuerte que en las Antillas– se suma a una tasa de individuos con múltiples parejas que es de por sí la más importante de los cuatro sitios considerados (cuestiones, todas éstas, susceptibles de esclarecer, la importancia dentro del ámbito nacional de la infección por VIH). Es necesario, no obstante, indicar que la nota de optimismo que podrían introducir los datos relativos a la estabilidad de las parejas múltiples en las Antillas se vuelve aventurada ante la observación, presentada más adelante, de que un conocimiento más antiguo de las parejas lleva a los individuos a protegerse menos de los riesgos de transmisión del VIH.

La utilización de preservativos

Niveles de utilización del preservativo

La proporción de individuos que declararon haber utilizado preservativos durante los últimos doce meses –y, por otra parte, durante su vida– es en las Antillas una vez y media más elevada en los hombres que en las mujeres. En Guayana esta tendencia aparece remarcada por el hecho de que el número neto de mujeres que utilizaron preservativo es menor que en las Antillas, mientras que el número de hombres que los utilizaron es similar en los tres departamentos. En Francia esta diferencia entre los sexos es mucho menos marcada.

Se observa aproximadamente la misma proporción de utilización del preservativo en las Antillas que en Francia. En cambio, los hombres de los tres DFA de América se adelantan claramente a los franceses hasta por 30 puntos en las edades de 25-34 años.

La utilización de preservativos decrece fuertemente con la edad, sin distinción de sexo ni lugar; considerando sólo a los hombres de

los DFA, los de Guadalupe y Guayana los utilizan más en relación con los de Martinica.

Estas diferencias pueden explicarse en parte por la mayor incidencia de individuos con parejas múltiples en los tres DFA que en Francia, mayor también en Guadalupe y Guayana que en Martinica. Sin embargo, esta explicación no se ajusta a la situación de las mujeres en Guayana, que tienen a su vez un mayor número de multiparejas que las antillanas y metropolitanas y se protegen menos que las primeras y apenas un poco más que las segundas. Sin duda esto se puede relacionar, al menos en parte, con el hecho de que existe una mayor tendencia de las mujeres en Guayana a rechazar el uso de preservativos, conducta que tal vez se deba a la propensión de los hombres de este departamento a rechazar su uso, más que los de Antillas o Francia (cuadro 8).

CUADRO 8

Porcentaje de personas que utilizaron preservativos al menos una vez durante los últimos 12 meses, según edad y sexo (entre personas sexualmente activas durante los últimos 12 meses)

<i>Grupos de edad</i>	<i>Guadalupe</i>		<i>Martinica</i>		<i>Guayana</i>		<i>Francia</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
18-24	82	53	70	45	86	41	59	41
25-34	59	33	55	36	62	35	32	27
35-44	39	20	34	32	34	11	31	23
45-69	25	18	18	7	14	6	18	11
Total	49	29	42	29	48	24	31	22

Factores asociados a la utilización de preservativos

Si se toman en cuenta las características de la actividad sexual de los individuos, se observa, sin distinción de sexo, edad o departamento, que los individuos con múltiples parejas declaran con mucha mayor frecuencia que los monógamos haber utilizado preservativos en los últimos doce meses; además de que el porcentaje de personas que declaran haber utilizado este medio de prevención aumenta con el número de parejas (este porcentaje va desde 59% en hombres antillanos

que habían tenido dos parejas en el año anterior hasta 89% en aquellos que habían tenido seis o más parejas). Por otro lado, cuanto más reciente es la relación, tanto mayor es el nivel de utilización. Así, entre los individuos con múltiples parejas sexuales que conocían a todas sus parejas desde hacía más de un año, 58% había utilizado preservativos durante los últimos doce meses, contra cerca de 80% entre aquellos que no conocían por lo menos a una de sus parejas desde hacía un año (cuadro 9).

CUADRO 9
Porcentajes de personas que utilizaron preservativo durante los últimos 12 meses según edad y actividad sexual (entre personas sexualmente activas durante los últimos 12 meses)

<i>Grupos de edad</i>	<i>Hombres</i>							
	<i>Guadalupe</i>		<i>Martinica</i>		<i>Guayana</i>		<i>Francia</i>	
	<i>Monógamos</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Monógamos</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Monógamos</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Monógamos</i>	<i>Con múltiples parejas</i>
18-24	NS	88	67	77	NS	NS	51	79
25-34	39	81	30	86	26	82	26	69
35-44	37	45	24	57	20	64	27	61
45-69	15	48	14	31	11	NS	15	44
Total	35	69	30	67	26	73	25	65

<i>Grupos de edad</i>	<i>Mujeres</i>							
	<i>Guadalupe</i>		<i>Martinica</i>		<i>Guayana</i>		<i>Francia</i>	
	<i>Monógamas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Monógamas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Monógamas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Monógamas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>
18-24	48	NS	40	NS	39	NS	38	62
25-34	27	NS	33	NS	28	NS	24	62
35-44	17	NS	29	NS	11	NS	22	34
45-69	16	NS	7	NS	5	NS	10	34
Total	25	69	25	61	21	40	21	50

NS = No significativo.

Sin embargo, estas grandes tendencias ocultan la multiplicidad de situaciones observadas en los tres departamentos, en particular el hecho de que entre los hombres con múltiples parejas, dentro del

mismo grupo de edad, los casados se protegen menos: en promedio seis de cada diez hombres casados y con múltiples parejas no habían utilizado preservativos en ningún momento durante los últimos doce meses, mientras que entre los hombres con múltiples parejas que no vivían en pareja, menos de dos de cada diez se encontraban en la misma situación. Los individuos casados, dado que viven de alguna forma como más “estables” o “formales”, se sienten potencialmente menos *en riesgo* que los individuos que no viven en pareja.

Además, el uso de esta protección parece vinculado a la percepción de los individuos de su propio riesgo de ser contaminados por el VIH. Así, en las Antillas la mitad de los hombres y la tercera parte de las mujeres que consideraban estar corriendo el riesgo, declararon haber utilizado preservativos durante los últimos doce meses, contra menos de la tercera parte de los hombres y 12% de las mujeres que no se consideraban en riesgo. En Guayana, sin embargo, este vínculo parece no existir, sobre todo para las mujeres, donde la proporción que utilizó preservativos durante los últimos doce meses es la misma sea cual sea la percepción del riesgo, y donde, a diferencia de lo observado en las Antillas y Francia, el hecho de conocer a alguien afectado por el virus no parece favorecer el uso de preservativos.

Utilización de preservativos y opiniones al respecto

Las opiniones respecto al preservativo muestran un nivel de aceptación considerablemente más semejante en las Antillas y Guayana que en Francia.⁸ Así, nueve de cada diez personas en los cuatro lugares consideran que la publicidad en la televisión sobre los preservativos es “una cosa buena”.

Además, a diferencia de lo que se pudo notar en Francia, en los DFA no se manifiesta una tendencia general a emitir juicios más negativos sobre el preservativo entre quienes no lo utilizan, que entre aquellos que sí lo hacen. En efecto, según el juicio propuesto a los en-

⁸ Se debe notar, no obstante, que en los DFA las personas que declararon no saber qué pensar acerca de ciertos juicios relativos a la utilización de preservativos, constituyen un porcentaje muy importante entre los que no habían usado preservativo durante los últimos doce meses. Por ejemplo, el juicio “el preservativo permite hacer que dure el placer” tuvo una proporción de “no sé”, según el departamento y el sexo de entre 20 y 54 por ciento.

cuestados, las respuestas desfavorables sobre la utilización de preservativos no se concentraban en el mismo grupo. Así, la opinión según la cual “el preservativo no es para ‘los verdaderos hombres’” es más frecuentemente aprobada por los hombres que los utilizan en las Antillas, que por los que no los utilizan, mientras que ocurre a la inversa con aquellos que afirman que “el preservativo es difícil de utilizar”.

Utilización de preservativos y contracepción

De las personas que utilizan un método anticonceptivo, 32% de los hombres antillanos sexualmente activos durante los últimos doce meses citó al preservativo como su (o uno de sus) método(s) anticonceptivo(s) actual(es) (60% entre los de 18-24 años), contra 17% de las mujeres (19% entre las de 18-24 años). Esto es claramente mayor que en Francia, y sobre todo entre los hombres jóvenes, pues allí 31% citó al preservativo como su medio anticonceptivo, contra 11% de las mujeres del mismo rango de edad. Esto parece desprenderse de que en los departamentos de ultramar los jóvenes de 18-24 años viven con menor frecuencia en pareja, y por lo tanto tienen relaciones menos estables, que en el hexágono: 1-2% en los DFA, contra 20% en Francia.

Utilización de preservativos en las Antillas según el tipo de relación sexual⁹

En las Antillas se utilizó el preservativo en 29% de los encuentros sexuales descritos por hombres, aunque sólo en 16% de los descritos por mujeres. Esta diferencia puede explicarse, en primera instancia, por el hecho de que sólo cerca de dos terceras partes de los encuentros sexuales descritos por hombres se habían realizado con una pareja cohabitante o regular, conocida desde hacía un año o más, mientras que en la población femenina esta proporción es de más de cuatro quintas partes. Ahora bien, cuanto más regular y antigua es la

⁹ Se distinguieron las relaciones sexuales descritas por los encuestados según dos criterios: la frecuencia de los encuentros y la antigüedad de la relación. Una relación es “antigua” cuando ha durado un año o más y cuando la periodicidad de los encuentros sexuales es superior a una vez al mes. Como en Guayana la pregunta de la frecuencia no se planteó para la segunda relación descrita, los siguientes análisis se refieren sólo a los departamentos antillanos.

relación (y probablemente juzgada más segura), tanto menos se utiliza el preservativo,¹⁰ aunque cerca de la mitad de las relaciones sexuales con una pareja ocasional descritas por hombres y la tercera parte de las descritas por mujeres, se realizó sin utilizar preservativos (cuadro 10).

CUADRO 10

Porcentaje de las relaciones descritas donde se usó preservativo en el último encuentro sexual y relaciones donde se usó preservativo sistemáticamente durante los 12 meses previos a la encuesta, en porcentaje (sólo Antillas)

	<i>Relaciones descritas por hombres</i>				<i>Relaciones descritas por mujeres</i>			
	<i>Conyu- gal</i>	<i>Regular antigua</i>	<i>Regular nueva</i>	<i>Ocasio- nal</i>	<i>Conyu- gal</i>	<i>Regular antigua</i>	<i>Regular nueva</i>	<i>Ocasio- nal</i>
Última relación	7	31	53	52	10	20	30	36
Últimos 12 meses	3	19	40	44	4	12	11	32

En segunda instancia, sin embargo, la diferencia entre las declaraciones de hombres y mujeres en cuanto a la utilización de preservativos en las relaciones descritas nos remite al hecho de que en todos los tipos de relación (excepto en las conyugales), y sobre todo en las regulares nuevas y las ocasionales, las mujeres se declaran mucho menos utilizadoras de preservativos que los hombres (cuadro 10). La cuestión es que el vínculo que acabamos de mencionar, donde el nivel de protección depende del tipo de relación y de las características, que varían según cada tipo, no es tan fuerte en las mujeres como en los hombres (cuadro 11).

¹⁰ Asimismo, cuanto más regular y antigua es la relación, tanto menos se utiliza el preservativo *sistemáticamente* con la pareja en cuestión: 63% de los hombres que utilizaron preservativo con una pareja regular y antigua en el último encuentro sexual con ella lo habían utilizado también sistemáticamente con esa misma pareja durante el año anterior, contra 75% para las relaciones regulares nuevas y 85% para las ocasionales.

CUADRO 11

Utilización de preservativos durante los encuentros sexuales descritos según el tipo de pareja y las características de la relación

<i>Relaciones descritas por hombres</i>	<i>Cónyuge</i>	<i>Tipo de pareja</i>		
		<i>Regular antigua</i>	<i>Regular nueva</i>	<i>Ocasional</i>
Conocimiento "social"				
Conoce "todo" de la pareja	-	34	47	46
No respondió al menos una pregunta	-	24	60	58
Conocimiento de la condición serológica				
Conoce la condición de la pareja	6	31	41	46
Ignora la condición de la pareja	7	31	56	54
La pareja no se ha hecho la prueba	6	30	60	51
No sabe si la pareja se ha hecho la prueba	NS	33	49	56
Fidelidad percibida de la pareja				
La pareja es considerada fiel	6	28	49	31
La pareja es considerada infiel	NS	55	48	64
No sabe si la pareja es fiel	14	23	66	54
Sentimiento amoroso				
Muy o bastante enamorado	6	28	55	37
Poco o nada enamorado	20	34	51	58
Proyecto futuro de la relación				
Continuar teniendo relaciones sexuales	7	25	42	49
Dejar de tener relaciones sexuales	NS	52	63	60

<i>Relaciones descritas por mujeres</i>	<i>Cónyuge</i>	<i>Tipo de pareja</i>	
		<i>Regular antigua</i>	<i>Regular nueva + ocasional</i>
Conocimiento "social"			
Conoce "todo" de la pareja	-	22	31
No respondió al menos una pregunta	-	17	35
Conocimiento de la condición serológica			
Conoce la condición de la pareja	16	13	44
Ignora la condición de la pareja	9	22	31
La pareja no se ha hecho la prueba	9	21	24
No sabe si la pareja se ha hecho la prueba	NS	14	46
Fidelidad percibida de la pareja			
La pareja es considerada fiel	10	16	NS
La pareja es considerada infiel	12	23	40
No sabe si la pareja es fiel	7	36	NS

(Continuación cuadro 11)

<i>Relaciones descritas por mujeres</i>	<i>Tipo de pareja</i>		
	<i>Cónyuge</i>	<i>Regular antigua</i>	<i>Regular nueva + ocasional</i>
Sentimiento amoroso			
Muy o bastante enamorada	11	19	30
Poco o nada enamorada	3	22	43
Proyecto futuro de la relación			
Continuar teniendo relaciones sexuales	10	15	20
Dejar de tener relaciones sexuales	NS	36	54

NS = no significativo.

¹ Se consideró que el encuestado conocía "socialmente" a su pareja si podía precisar su edad, lugar de nacimiento, escolaridad y estado civil.

Así, los porcentajes de mujeres que, habiendo utilizado preservativo en la última relación, se protegieron de manera sistemática durante el año precedente al tener relaciones sexuales con la misma pareja son, según cada tipo de relación, entre diez y veinte puntos inferiores a los porcentajes correspondientes en los hombres.

Asimismo, cierto desconocimiento de la pareja, ignorancia de su condición serológica, el sentimiento de que quizás sea infiel, el hecho de no estar enamorado e incluso la intención de dejar de tener relaciones sexuales con él induce con más frecuencia una sobreutilización del preservativo en relación con lo que se puede observar en los casos contrarios, donde la sobreutilización es mucho más marcada en los hombres que en las mujeres.

Parecería, a juzgar por todos los resultados, que los hombres utilizan el preservativo de manera más razonada, es decir, teniendo en cuenta los riesgos que creen correr con su pareja. No obstante, aún son cerca de 50% los que no se protegen en una relación con una pareja ocasional. En tanto, las mujeres parecen vulnerables porque se protegen menos que los hombres y porque el comportamiento de protección que describen se revela menos estrechamente ligado a las situaciones de riesgo a las que podrían estar expuestas: sólo 36% se protege en un encuentro con una pareja ocasional.

Esto puede sin duda explicarse por el hecho de que suelen ser los hombres quienes tienen la iniciativa de utilizar o no los preservativos, como sugieren claramente los datos sobre el rechazo a usar esta protección y el hecho de que en general son los hombres quienes los proporcionan. Entre los individuos que utilizaron preservativo durante los encuentros

sexuales descritos, 56% de los hombres declararon haber sido ellos los de la iniciativa (esta proporción varía según el tipo de relación: desde 45% cuando se trata de una relación conyugal hasta 61% en las relaciones regulares nuevas), contra 35% de las mujeres (desde 26% con una pareja regular antigua hasta 43% con el cónyuge).

Conviene recordar que la utilización del preservativo es el resultado de un acuerdo (expreso o tácito) en la pareja y que, como en toda negociación, intervienen juegos de poder y dominación característicos de las relaciones entre los sexos. Seguiremos analizando estos juegos, sobre todo tomando en cuenta las diferencias de edad, nivel educativo, etcétera entre los miembros de la pareja, características que inciden en la utilización del preservativo durante la relación.

La prueba de detección del sida en los 12 meses previos a la encuesta

Nivel y frecuencia con que se recurre a la prueba de detección

Considerando todas las edades, se observa que la proporción de quienes se hicieron la prueba es idéntica en los tres departamentos de ultramar y, a su vez en cada uno de éstos, resulta igual entre hombres y mujeres (a la par que en Francia). No obstante, el porcentaje de individuos que declaran haber recurrido a una prueba de detección de VIH durante los doce meses previos a la encuesta, es en las Antillas y Guayana *grosso modo*, dos veces el de Francia.

Sin embargo, esta diferencia no aparece en el número de veces que los individuos recurrieron a la prueba dentro del mismo periodo. En efecto, la frecuencia media de pruebas en el año es de alrededor de 1.5 tanto en los DFA como en Francia. Parecería pues que los individuos residentes en las Antillas y Guayana se hacen la prueba en mayor proporción que los de Francia, aunque quienes se examinan no lo hacen muy frecuentemente (cuadro 12).

Tomando en cuenta la edad de los encuestados se puede constatar que si bien en Francia la fracción de los que se examinan decrece de manera regular a partir de los 35 años –tanto en hombres como en mujeres–, no ocurre lo mismo en las Antillas y Guayana, donde es común que las mujeres recurran a la prueba hasta los 45 años y casi siempre con más frecuencia que los hombres. Después de esta edad inicia una clara caída, mientras que en los hombres el nivel se mantiene casi igual en todas las edades.

CUADRO 12
Porcentaje de individuos de la población total que se han hecho la prueba e individuos ya diagnosticados que se la han hecho al menos dos veces (en porcentaje)

	<i>Guadalupe</i>		<i>Martinica</i>		<i>Guayana</i>		<i>Francia</i>	
	<i>H.</i>	<i>M.</i>	<i>H.</i>	<i>M.</i>	<i>H.</i>	<i>M.</i>	<i>H.</i>	<i>M.</i>
Se han hecho la prueba	27	29	25	31	30	33	13	14
Al menos dos veces	37	28	33	28	24	32	35	26

Podríamos estar tentados a considerar el hecho de que, en proporción, las personas de los DFA son más dadas a hacerse la prueba –incluso en edades avanzadas–, que las de Francia, debido a la fuerte incidencia de los individuos con múltiples parejas en estos departamentos. En efecto, las variaciones del porcentaje de las personas que se examinan, según el lugar de la encuesta y la edad, sigue la misma curva que el de los individuos con múltiples parejas: en primer lugar está Guayana, seguida por Guadalupe, luego Martinica y finalmente Francia. Asimismo, la cantidad de los hombres entre 45 y 69 años de edad, es tres veces mayor en los DFA que en Francia, tanto en lo referente a practicarse la prueba como a tener varias parejas. De hecho, los hombres y mujeres con multiparejas declaran con mayor frecuencia que los monógamos haberse hecho la prueba del sida durante los últimos doce meses (cuadro 13).

CUADRO 13
Porcentaje de personas que se han hecho la prueba del sida, según actividad sexual

<i>Grupos de edad</i>	<i>Guadalupe</i>		<i>Martinica</i>		<i>Guayana</i>		<i>Francia</i>	
	<i>Monógamos</i>		<i>Monógamos</i>		<i>Monógamos</i>		<i>Monógamos</i>	
	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>	<i>Con múltiples parejas</i>
Hombres	27	31	21	36	21	48	13	24
Mujeres	30	51	35	53	35	42	15	30

Sin embargo, ciertos casos resisten esta explicación por las características de la actividad sexual de los individuos mencionados:

- dado que existe una relativa estabilidad (según la edad) de la proporción de personas examinadas en los DFA, la proporción de individuos con múltiples parejas decrece regularmente a partir de los 35 años en estos departamentos;

- el hecho de que no sólo los individuos con múltiples parejas son quienes se examinan más en las Antillas y Guayana que en Francia, sino también los monógamos.

Es necesario retomar esta explicación precisando que el hecho de recurrir a la prueba de detección no depende únicamente de las características de la actividad sexual del individuo, sino también de su percepción de los riesgos a los cuales lo expone la eventual conducta por parte de su pareja de tener a su vez otros compañeros(as) aunque él mismo sea monógamo; y tanto más cuanto que en los DFA la incidencia de la multiplicidad de parejas es alta. Todo esto es particularmente cierto para las mujeres que se declaran monógamas con mayor frecuencia que los hombres, como lo atestigua en las Antillas la tasa de quienes recurren a la prueba entre las mujeres monógamas, equivalente a la de los hombres con múltiples parejas. Por lo tanto, es probable que estas mujeres estén conscientes de que el modo heterosexual de transmisión del sida prevaleciente en la región les afecta fuertemente, así como a los hijos que puedan tener.

La recurrencia a la prueba y disposición psicológica de los individuos

Se constató que en las Antillas las personas que asocian más a menudo las causas de la infección con influencias externas, son las que más recurren a las pruebas de detección. Esto podría estar vinculado al hecho de que éstas son las mismas personas que declararon haber utilizado menos preservativos durante el periodo de referencia –sin importar el tipo de actividad sexual–, por lo tanto se sabe que cuanto menos utilizan preservativos, tanto más se hacen examinar. Así, entre los hombres con múltiples parejas en las Antillas, 56% de los que asocian más frecuentemente las causas de infección con influencias externas utilizó preservativos al menos una vez durante los doce meses previos a la encuesta, en contraste con 79% de aquellos para quienes

la infección está bajo su propia responsabilidad (los porcentajes correspondientes en Guayana son 66 y 75%, respectivamente). De esta manera, recurrir a la prueba de detección fungiría como un medio de tranquilidad para quienes estiman que no infectarse no depende de ellos. En Francia, en cambio, no existe esta correlación, pues sea cual fuere la atribución de la causa de infección, los individuos recurren a la prueba en proporciones casi idénticas. La tendencia de ciertos individuos a proyectar fuera de sí la responsabilidad de lo que les ocurra sería así, en las Antillas y Guayana, un factor que los alentaría a recurrir a la prueba en la misma medida en que los desalentaría a utilizar preservativos (cuadro 14).

CUADRO 14

Porcentaje de personas que se hicieron la prueba, según atribuyan la infección a factores personales (no protegerse, no poner atención, etc.) o a influencias externas (el destino, la mala suerte, etc.)

	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>			
	<i>Guada- lupe</i>	<i>Marti- nica</i>	<i>Gua- yana</i>	<i>Fran- cia</i>	<i>Guada- lupe</i>	<i>Marti- nica</i>	<i>Gua- yana</i>	<i>Fran- cia</i>
Factores personales	30	20	27	14	19	23	38	15
Influencias externas	31	30	32	14	37	24	32	15

Finalmente, es interesante notar que en las Antillas y Guayana las personas que piensan que los científicos encontrarán en el corto o mediano plazo una vacuna realmente eficaz contra el sida son más propensas a hacerse la prueba que aquellas que no piensan así. Es como si la falta de esperanza de ver pronto descubierta una vacuna restara sentido a la prueba de detección en aquellos que asocian la idea de un tratamiento con la de una vacuna (cuadro 15).

Recurrencia a la prueba y cambios en el comportamiento sexual después de la aparición del sida

La importancia relativa de hacerse la prueba de detección en los tres departamentos de ultramar podría constituir una indicación positiva en cuanto a la prevención del sida en esta región. En particular es interesante notar que los hombres cuya última prueba se remonta a

CUADRO 15

Porcentaje de personas que se hicieron la prueba, según el número de años que estiman necesarios para que los científicos encuentren una vacuna contra el sida

	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Guadalupe</i>	<i>Martinica</i>	<i>Guayana</i>	<i>Guadalupe</i>	<i>Martinica</i>	<i>Guayana</i>
10 años o menos	34	28	39	28	36	41
Más de 10 años o imprevisible	21	22	16	28	26	31

más de un año atrás son aquellos que con mayor frecuencia declaran haber cambiado de conducta. Esto puede dejarnos pensar que el cambio les hace percibir como inútil la prueba, como tiende a confirmar, por su parte, el hecho de que los hombres con múltiples parejas examinados durante los últimos doce meses declaran haber cambiado de conducta en una proporción inferior a la de los hombres con múltiples parejas que nunca se han hecho la prueba (cuadro 16).

Conocimientos y creencias sobre las formas de transmisión

Las formas de transmisión

Sin distinción del sexo de las personas que respondieron a la encuesta ni del departamento en que se desarrolló, el carácter ineludiblemente mortal del sida, así como sus principales formas de transmisión son ampliamente conocidos tanto en los DFA como en Francia, con la excepción del riesgo asociado a las inyecciones intravenosas, que parece percibirse con menor frecuencia en ultramar que en el hexágono, probablemente porque en la encuesta ACSAG el cuestionario no hacía referencia en este sentido a la toxicomanía por inyección, a diferencia del cuestionario francés (cuadro 17).

Sin embargo, las circunstancias que representan un peligro de infección nulo o improbable, aún son consideradas riesgosas por una proporción importante de las personas interrogadas, que en la mayoría de los casos es comparable entre los departamentos americanos y el hexágono, con la notable excepción de la transmisión por la saliva (cuadro 18).

CUADRO 16

Porcentaje de *hombres* que declararon haber cambiado su conducta sexual después de la aparición del sida, según su actividad sexual y el hecho de haberse hecho o no la prueba en los últimos 12 meses o alguna vez en la vida

	<i>Antillas</i>	<i>Guayana</i>	<i>Francia</i>
Población total			
Prueba en los últimos 12 meses	54	39	27
Prueba anterior a los últimos 12 meses	65	52	31
Prueba jamás realizada	50	34	18
Monógamos			
Prueba en los últimos 12 meses	46	42	20
Prueba anterior a los últimos 12 meses	59	41	24
Prueba jamás realizada	16	26	14
Polígamos			
Prueba en los últimos 12 meses	62	38	50
Prueba anterior a los últimos 12 meses	79	NS	59
Prueba jamás realizada	67	54	46

NS = No significativo.

CUADRO 17

Conocimiento de las formas de transmisión probadas, en porcentaje de respuestas afirmativas (total de la población encuestada)

	<i>Sexo</i>	<i>Guayana</i>	<i>Guadalupe</i>	<i>Martinica</i>	<i>Francia (1)</i>
Por relaciones sexuales	H	96	97	97	99
	M	96	93	97	
Por recibir sangre	H	94	97	98	91
	M	92	96	94	
De la madre al hijo durante el embarazo	H	96	97	97	(2)
	M	96	96	95	
Por medio de una inyección intravenosa	H	77	80	80	97
	M	76	78	75	

(1) Todos los datos referentes a Francia son tomados de la encuesta KABP, *Connaissances, croyances, attitudes et pratiques de la population française face à l'infection du Sida. Evolution 1991-1992*, reporte sintetizado núm. 1, 1992, documento de distribución.

(2) En la encuesta KABP la pregunta sobre esta forma de transmisión decía "si una mujer es seropositiva", por lo cual sus respuestas no se pueden comparar con las de la encuesta ACSAG.

CUADRO 18
Falsas creencias respecto a las formas de transmisión, en porcentaje de
respuestas afirmativas (total de la población encuestada)

	Sexo	Guayana	Guadalupe	Martinica	Francia
Por curaciones dentales	H	60	52	71	66
	M	60	58	64	
Donando sangre	H	57	56	64	52
	M	50	60	60	
Por la saliva de una persona infectada	H	43	43	47	34
	M	43	36	45	
Por una picadura de mosquito	H	25	29	36	28
	M	24	32	32	
En sanitarios públicos	H	25	30	34	28
	M	24	28	29	
Al cortarse el cabello en la peluquería	H	19	19	21	(1)
	M	14	14	18	

(1) Esta pregunta no figuraba en la encuesta KABP.

Respecto a las *conductas sexuales*, los riesgos de infección inherentes a las relaciones heterosexuales son masivamente conocidos por las personas de ambos sexos interrogadas en los tres departamentos. Las relaciones sexuales entre hombres también son consideradas peligrosas por una parte muy importante de los encuestados, y las consideran más peligrosas los hombres que las mujeres. Excepto en Guayana, se encuentra la misma diferencia entre los sexos en las respuestas referentes a los riesgos asociados a las relaciones homosexuales femeninas, cuya existencia es no obstante asegurada por cerca de la mitad de los individuos interrogados aunque estos riesgos sean prácticamente nulos. El hecho de que los hombres, en casi todos los casos, sean más propensos que las mujeres a considerar peligrosas las relaciones homosexuales, tanto masculinas como femeninas, no parece vinculado a una menor tolerancia de su parte a este tipo de relación (cuadro 19).

CUADRO 19

Porcentaje de personas que respondieron afirmativamente a la pregunta
¿Hay riesgo de contraer el virus del sida si dos hombres o dos mujeres tienen relaciones sexuales? (tomando como base toda la población encuestada)

	Sexo	Guayana	Guadalupe	Martinica
Relaciones homosexuales masculinas	H	91	96	93
	M	81	84	87
Relaciones homosexuales femeninas	H	36	55	55
	M	44	43	46

En cuanto a las *prácticas sexuales*, el peligro de las penetraciones sin protección es igualmente conocido por la mayoría de los interrogados, y más en relación con la penetración vaginal que con la anal, aun cuando un número de personas equivalente al observado en la encuesta ACSF declaró haber practicado la sodomía en las relaciones descritas. Por otro lado, los encuestados se reparten de manera equitativa entre los que consideran que las prácticas bucogenitales son peligrosas y aquellos que las consideran inofensivas, lo cual, a nuestro parecer, reflejaría la división de la comunidad científica sobre este punto (cuadro 20).

CUADRO 20

Conocimiento de las formas de transmisión por vía sexual, en porcentaje de respuestas afirmativas (tomando como base toda la población encuestada)

	Sexo	Guayana	Guadalupe	Martinica
Penetración vaginal sin preservativo	H	88	98	98
	M	92	94	95
Penetración anal sin preservativo	H	85	87	89
	M	78	76	85
Felación	H	58	69	69
	M	58	59	67
Cunnilingus	H	52	68	73
	M	56	53	64

Juicios sobre la eficacia y facilidad de la prevención

Una conclusión principal se desprende del análisis de los juicios recabados sobre la eficacia y facilidad de adoptar conductas que pueden ponerse en práctica para protegerse del riesgo de contaminación por el virus del sida: las conductas cuya eficacia y utilidad está científicamente probada (fidelidad recíproca con una sola pareja no infectada, utilizar preservativos, someterse a una prueba de detección y abandonar la costumbre de frecuentar prostitutas), son aquellas que en las Antillas y Guayana suelen juzgarse como eficaces, en más de 70% de los casos, lo cual es igualmente cierto en Francia. Estas opiniones sobre el cambio de conducta, son acordes con el nivel relativamente bueno de conocimiento de las formas de transmisión que se acaban de mencionar, y deja suponer que la población de estos departamentos recibe información de buena calidad sobre el sida. No obstante, esta conclusión general debe matizarse en dos sentidos.

1) El porcentaje muy elevado (85%) de los encuestados que juzgan eficaz el hecho de someterse a una prueba de detección constituye un problema. Esto en la medida en que puede implicar que un gran número de personas se dejen llevar, de manera más o menos consciente, por la ilusión de que conocer su seronegatividad en un momento determinado los protege de toda infección posterior. De este modo utilizarían la prueba como medio de asegurarse del carácter benigno de sus conductas sexuales, con el fin de no tener que modificarlas, ignorando así todo uso eficaz que los individuos podrían hacer de la detección: el de un apoyo informativo que les permita dar luz a su decisión de cambiar de conducta. En esta situación existe el riesgo de que promover la prueba complazca la adopción por parte de los individuos de estrategias de prevención con eficacia incierta, riesgo que es conveniente tomar en cuenta.

2) Entre las estrategias cuya eficacia es discutible, el hecho de "elegir correctamente a las parejas" recibe tanto en las Antillas y Guayana como en Francia una aprobación bastante fuerte en cuanto a su eficacia (en promedio 65% de las personas encuestadas), mientras que abandonar toda forma de penetración —que sí constituye una conducta de prevención de las más eficaces— recibe la aprobación sólo en una proporción mediana, e incluso claramente inferior a 50% en Guayana.

Además, la cuestión de saber si hay o no un vínculo entre los juicios sobre la eficacia y facilidad de adoptar conductas para intentar

protegerse ante el riesgo del sida por una parte y, por la otra, las prácticas que las personas interrogadas declaran efectivamente realizar para este fin, no puede resolverse de manera unívoca. Esto se debe a que la adopción de conductas de prevención por parte de un individuo no depende solamente de sus juicios sobre su eficacia y facilidad de realización, sino también –y quizás de manera más fundamental– de un conjunto complejo de factores psicológicos y sociales cuyo poder demuestra, una vez más, que los comportamientos humanos no sólo obedecen a la lógica del cálculo racional y de la conservación de la salud.

Actitudes ante los seropositivos

La disposición para entablar relaciones sociales con una persona seropositiva está fuertemente ligada, en todos los lugares encuestados, al tipo de actividad y a la proximidad que se tenga con ésta. Evidentemente, es en las relaciones que requieren de una implicación menor donde las personas interrogadas se manifiestan menos reticentes (aunque aun así existe entre una tercera y una cuarta parte de las personas que se mantiene opuesta a estos contactos). En cambio, en las relaciones que requieren de mayor intimidad social o física el nivel de tolerancia es menor. No obstante, este nivel de tolerancia es, como se aprecia en todas las respuestas, considerablemente inferior en las Antillas y Guayana que en Francia (entre 22 y 35 puntos de diferencia según la pregunta). Esto indica que hay motivos para relativizar seriamente la satisfacción que podrían suscitar los datos referentes al nivel de conocimiento sobre las formas de transmisión (cuadro 21).

CUADRO 21

Porcentaje de respuestas afirmativas a la pregunta: Si usted se enterara de que una persona es seropositiva, es decir, que ha estado en contacto con el virus del sida, ¿aceptaría usted... (tomando como base toda la población encuestada)

	Antillas		Guayana		Francia	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
...seguirla frecuentando?	68	72	69	63	85	88
...trabajar en su compañía?	68	69	71	68	86	87
...salir de vacaciones de ella?	47	53	56	52	74	75
...ir a comer con ella?	41	49	56	46	78	76
...dejar a sus hijos con ella?	35	37	33	25	59	60

Estas respuestas, que constituyen indicadores de la exclusión social de las personas infectadas por el VIH, son confirmadas por opiniones expuestas a propósito de las medidas que se deben tomar con los enfermos de sida. Por ejemplo, en los DFA uno de cada cinco encuestados piensa que es legítimo despedir a una persona con sida o prohibir que un niño infectado vaya a la escuela: esto es, una proporción tres veces mayor que en Francia (cuadro 22).

CUADRO 22

Porcentaje de respuestas afirmativas a la pregunta: Si usted se enterara de que una persona es seropositiva, es decir, que ha estado en contacto con el virus del sida, ¿aceptaría usted..., según distintas características de los individuos

Características	...seguirla frecuentando?		...trabajar en... su compañía?		...ir de vacacio- nes con ella?		...ir a comer con ella?		...dejar a sus hijos con ella?	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Sexo										
Edad:										
18-19 años	66	79	75	94	45	70	44	56	57	50
60-69 años	44	55	42	50	26	28	21	28	14	20
Escolaridad:										
< preparatoria	64	68	65	65	42	49	37	43	32	33
preparatoria o más	87	89	83	90	70	74	66	75	49	55
Actividad sexual:										
monógamo	68	73	66	70	46	54	41	49	34	36
con múltiples parejas	68	73	66	70	46	54	41	49	34	36
	69	83	71	83	48	59	44	50	34	46
Prueba en último año										
ninguna prueba		74	65	70	46	53	42	48	32	35
una prueba		73	69	74	45	58	39	52	34	38
varias pruebas		76	75	72	57	56	49	48	38	38
Conoce personas seropositivas										
ninguna	66	70	65	67	43	51	38	47	31	36
al menos una	83	92	87	90	72	75	64	70	60	47
Religión										
importante	64	72	64	68	41	52	35	48	31	36
sin religión	84	76	86	77	76	64	69	60	57	50

Finalmente, la tolerancia a convivir con personas seropositivas es mayor, al igual que en Francia, en la medida en que los interrogados sean mujeres, o jóvenes, tengan un nivel educativo alto, más de una pareja, se hayan hecho la prueba del sida en los últimos doce meses, conozcan al menos un seropositivo o declaren no tener religión (cuadro 22).

Hablar de sexualidad, hablar en el ámbito de la sexualidad

Varios estudios, como el ACSF, tienden a probar que los individuos que hablan de su vida sexual, ya sea con los miembros de su familia, amigos o compañeros de trabajo, suelen estar más conscientes que los demás de los riesgos que puede implicar la actividad sexual, y adoptan con mayor frecuencia las precauciones que la epidemia del sida ha vuelto necesarias. Se revela igualmente que quienes hablan de sexualidad con su pareja, aunque sea en el momento de hacer el amor, están a su vez más inclinados a protegerse. Finalmente, los estudios también indican que aquellos que siendo niños o adolescentes oyeron hablar a sus padres de “cosas de sexo”, al volverse adultos dominan mejor su propio comportamiento sexual.

El papel de la comunicación en materia de sexualidad en las Antillas y Guayana

¿Qué sucede con esta comunicación, así como con la confianza amorosa y sexual, en las Antillas y Guayana?

Los datos de la encuesta ACSAG, comparados con los de la encuesta ACSF, indican que la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad es menos frecuente en los DFA que en Francia y que las confianzas sexuales entre adultos no tienen el mismo lugar en estos países que en el hexágono.

En general, más de 80% de los hombres y mujeres en las Antillas y Guayana afirma que “en su familia jamás se les habló de sexualidad cuando eran niños o adolescentes”, contra 70% en Francia; aunque, al igual que en esta última, los jóvenes declaran lo contrario con mayor frecuencia que los ancianos, las mujeres más que los hombres, y los que tienen un título profesional más que quienes tienen un nivel educativo poco elevado. El hecho de que la inmensa mayoría de estos hombres y mujeres digan que en la misma época les era posible hablar

con sus padres de sus “problemas personales” subraya, por contraste, la importancia de la censura que parece haber pesado, y pesar aún, sobre la expresión verbal de las “cosas del sexo” en Francia, aunque mucho más en el seno de las familias en las Antillas y Guayana.

Cerca de 60% de las personas residentes en las Antillas y Guayana no mencionó ningún confidente, contra 40% en el hexágono. Por otro lado, entre los encuestados que declararon tener al menos un confidente, la proporción de los que tienen dos o más es en los DFA, tanto en hombres como en mujeres, ligeramente inferior que en Francia (cuadro 23).

CUADRO 23
Número de confidentes según sexo de los encuestados (en porcentaje)

	<i>Antillas</i>		<i>Guayana</i>		<i>Francia</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Ningún confidente	63	55	62	49	46	30
Al menos un confidente	37	45	38	51	54	70
Sólo un confidente	44	45	36	41	31	39
Dos o más confidentes	56	55	64	59	69	61

A la inversa de lo que se acaba de decir sobre el “hablar de sexualidad”, el “hablar en el ámbito de la sexualidad” (es decir, intercambios con la pareja, al momento de hacer el amor, de palabras referentes a los sentimientos, a “cosas de sexo”, a la anticoncepción o a las enfermedades de transmisión sexual) es frecuente en las Antillas en una proporción semejante a la observada en Francia: en siete de cada diez relaciones descritas. En cambio, las personas interrogadas en la encuesta ACSAG declaran más frecuentemente que las del hexágono haber hablado con su pareja durante la última relación sexual sobre las ETS y, en particular, de sida. Por ejemplo, en Antillas 6% de los hombres había hablado de ETS o sida con su cónyuge, contra 29% cuando la pareja no era “la persona con la que vive”, y de las mujeres 9% contra 39% (la misma tendencia se encuentra en Guayana para ambos sexos), mientras que en Francia 5% de ambos sexos había hablado de ETS o sida con su cónyuge, y 17% de los hombres y 23% de las mujeres lo había hecho con otra pareja.

El hecho de que se hable más entre compañeros sexuales (y tanto más cuando la pareja no es la persona con la que se vive) en los DFA que

en Francia, está claramente vinculado con la preocupación por protegerse del riesgo de estas enfermedades, y puede comprenderse con facilidad teniendo en cuenta la gravedad de la epidemia del sida en estos países.

Comunicación en materia de sexualidad y adaptación a los riesgos sexuales

No existe en las Antillas y Guayana, a la inversa de lo que se observó en Francia, una correlación entre comunicación familiar en materia de sexualidad y cambios declarados de la conducta. Para poder interpretar este resultado sorprendente convendría estudiar con precisión las condiciones y contenido de esta comunicación, lo cual no se puede hacer a partir de los datos de la encuesta ACSAG. En cambio, el simple hecho de hablar de sexualidad con terceros parece haber llevado a los hombres a "cambiar de conducta sexual después de la aparición del sida" (cuadro 24a).

CUADRO 24a

Porcentaje de personas que declararon haber cambiado de conducta sexual, según número de confidentes (sólo personas que habían tenido relaciones sexuales en los últimos cinco años)

	<i>Antillas</i>		<i>Guayana</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Ningún confidente	48	16	33	27
Sólo un confidente	61	19	NS	21
Dos o más confidentes	69	16	53	32

Además de los cambios de conducta, el hecho de hablar de sexualidad y su influencia en la adaptación a los riesgos, podría medirse por medio de la utilización de preservativos durante los doce meses previos a la encuesta (cuadro 24b).

CUADRO 24b

Porcentaje de personas que declararon haber utilizado preservativo en los últimos 12 meses, según número de confidentes (sólo personas que habían tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses)

	<i>Antillas</i>		<i>Guayana</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Ningún confidente	40	22	38	18
Sólo un confidente	59	34	NS	29
Dos o más confidentes	61	39	61	35

Nótese que esto se mantiene aunque sólo se considere a los monógamos, que como ya se ha visto, usan menos los preservativos y tienen menos confidentes que los individuos con múltiples parejas. Así, en las Antillas 31% de los hombres monógamos sin confidentes declaró haber utilizado preservativos en el año anterior, contra 44% de quienes declararon tener confidentes.

No es solamente el número de confidentes lo que parece influir en la propensión de los individuos a cambiar de conducta o adaptarse a los riesgos sexuales, sino también los cambios de conducta de las personas a quienes se confían (cuadros 25a y 25b). De modo que es necesario concebir la hipótesis ya mencionada, según la cual hablar de sexualidad con personas susceptibles de servir como referencia y que pueden tener conductas variadas (u opuestas a la propia) ofrece al individuo la oportunidad de cuestionarse sobre su propia conducta, favoreciendo así una posibilidad de cambio personal. Por el contrario, si el individuo no tiene confidentes o se confía sólo a personas de las cuales no conoce el comportamiento o cuyo comportamiento es muy similar al propio, corre el riesgo de volverse complaciente con su actitud inicial.

CUADRO 25a

Porcentaje de encuestados que declararon haber cambiado de conducta sexual después de la aparición del sida, según el cambio en la conducta sexual de los confidentes (sólo personas que habían tenido relaciones sexuales en los últimos cinco años)

	Antillas	
	Hombres	Mujeres
Al menos un confidente había cambiado	73	19
Ningún confidente había cambiado	50	16

CUADRO 25b

Porcentaje de encuestados que declararon haber utilizado preservativos en los últimos 12 meses, según el hecho de que el (los) confidente(s) hayan utilizado preservativos después de la aparición del sida (sólo personas que habían tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses)

	Antillas	
	Hombres	Mujeres
Al menos un confidente había utilizado preservativos	69	55
Ningún confidente había utilizado preservativos	44	25

Debemos, sin embargo, preguntarnos por qué entre las mujeres los cambios de conducta no parecen depender ni del hecho de tener uno o varios confidentes, ni de los cambios de conducta de los confidentes, cuando tienen al menos uno(a), a diferencia de lo que se comprueba para la utilización del preservativo. La respuesta reside quizás en que, al declararse con una propensión notoriamente menor a tener varias parejas sexuales que los hombres y sentirse por lo tanto menos en riesgo, consideran tener menos razones que los hombres para cambiar de conducta, aun si la opinión de personas cercanas pudiera conducirlos a ello, mientras que con la utilización de preservativos no ocurre lo mismo, pues va de acuerdo con los riesgos que les puede hacer correr su pareja.

La falta relativa de las discusiones entre padres e hijos y de las confidencias entre adultos en todo lo referente a la sexualidad son sin duda obstáculos para la comunicación respecto a este tema en las Antillas y Guayana. No obstante, la frecuencia en estos países de las conversaciones entre compañeros sexuales sobre cosas de amor, y también de ETS y sida, está allí para recordarnos que existen canales para esta comunicación, aunque sean de naturaleza distinta a los discutidos anteriormente. La acción preventiva tiene probablemente en esta doble constatación material para enriquecerse, ya sea sensibilizando a los padres sobre la necesidad de la educación sexual de sus hijos, en sentido amplio, aunque también contribuyendo a desarrollar oportunidades de expresión de la manera más extensa posible.

Síntesis

Es necesario, antes que nada, subrayar el hecho de que, contrariamente a ciertas reticencias –que se expresaron sobre todo en el ámbito local– y a pesar de múltiples dificultades encontradas durante su elaboración, la encuesta ACSAG pudo realizarse, esencialmente, a nuestro parecer, debido a la conciencia que existe en las Antillas y Guayana en cuanto a la gravedad de la epidemia del sida, así como al civismo de la gente. Todo esto suscitó una buena aceptación de la encuesta. Ésta es la primera investigación de este tipo que se realiza en la región caribeña, particularmente afectada por la infección del VIH.

No pretendemos, por supuesto, responder a todas las preguntas planteadas a partir de la difusión de esta epidemia en los departamentos estudiados y nos queda claro que hace falta mucha información, en par-

ticular sobre la sexualidad de los adolescentes y adultos: jóvenes (sobre todo la referente a la prevención de las ETS y la contracepción), las conductas homosexuales, el “trabajo sexual” y la toxicomanía, que deberán investigarse por medio de otras encuestas, principalmente cualitativas.

No obstante, se recolectó una cantidad impresionante de datos, de los cuales los más cruciales y los más cambiantes deberán ser regularmente puestos al día por otras investigaciones; que puedan a su vez contribuir a una renovación profunda de los análisis sobre la sexualidad en las Antillas y Guayana. Así, varios de los resultados expuestos –y no forzosamente la minoría– se apartan de los clichés que circulan aquí y allá sobre las conductas sexuales que prevalecerían en las Antillas y Guayana: por ejemplo lo que se ha destacado sobre la intensidad de la actividad sexual (no tan alta como supondrían ciertos estereotipos); la importancia de ciertas prácticas consideradas minoritarias en estos países y que no lo son tanto; las especificidades de cierto tipo, como el hecho de tener múltiples parejas, aparentemente más “estable” o más “instalado”, que el que parece dominar en el espacio metropolitano, o en la opinión y nivel de utilización del preservativo por parte de los hombres, que pueden juzgarse hoy día como relativamente buenos con respecto a lo observado en Francia.

Sin embargo, la impresión general que se desprende a primera vista de estos resultados es un tanto esperada: la fuerte prevalencia de la infección por VIH en la región considerada es paralela a la evidente importancia de las parejas múltiples heterosexuales y a que los hombres recurran a la prostitución (en particular en Guayana). Si esto sorprende, es más que nada al comprobar hasta qué punto es fuerte el paralelismo entre los datos de la conducta sexual y los de la epidemiología de la infección.

Este paralelismo es tan fuerte que (casi) podría decirse que es perfecto, en la medida en que no sólo es evidente en la comparación –de sobra masiva– entre las situaciones del conjunto Antillas-Guayana y Francia, sino también en la confrontación intrarregional caribeña: en el “mejor” extremo, en cuanto a la epidemia y al plan conductual más “sensato”, está Martinica; en el “peor” extremo en cuanto a la epidemia y a las conductas menos prudentes está Guayana; a la mitad de lo que aparecería así como una doble gradación continua, está Guadalupe, “no tan sensata” y también más afectada por la peste que su isla hermana.

Evidentemente, estamos inclinados a ver en este fenómeno una fuerte validación de los datos que recolectamos y la confirmación a

posteriori de lo bien fundamentado del procedimiento que nos condujo en todo momento a conservar una posibilidad de análisis por separado de la situación de cada uno de los departamentos que son objeto de nuestro interés. Tanto más cuanto que si se intenta articular entre estas situaciones las dos comparaciones ya mencionadas, la transatlántica y la regional, los resultados son congruentes –tanto por la sociología espontánea como por la sociología docta– con lo que ya se dijo acerca de las diferencias notorias que distinguen a las tres sociedades en cuestión, especialmente en relación con Francia: la más cercana al hexágono, a sus prácticas y modelos, es Martinica y la más alejada, Guayana, sociedad aún hoy abierta a las migraciones y poblaciones muy diversas y cuyas tradiciones están quizás menos “asentadas” que en el caso de los antillanos.

No obstante, más allá de la satisfacción que puedan procurar tales validaciones, éstas son alarmantes en lo que concierne a la prevención del sida o de las ETS. Tanto como lo son, en el plano de la prevención, los múltiples indicadores que denotan el nivel relativamente bueno de utilización del preservativo durante la vida e incluso durante el último año, entre los hombres de la muestra. Hay que recalcar la ausencia de protección en más de la mitad de los hombres casados y con múltiples parejas; la parte relativamente grande de personas que no se protegieron durante la última relación sexual descrita –incluyendo las que ocurrieron con una pareja ocasional e incluso cuando habían declarado haber utilizado preservativos durante los últimos 12 meses–; el poco uso de protección entre las mujeres con múltiples parejas en Guayana; de manera más general, la dificultad de las mujeres en los tres departamentos para lograr, en situaciones donde ellas pueden estar expuestas a riesgos sexuales importantes, una utilización del preservativo tan razonada como aquella de la cual parecen dar prueba los hombres, pues están sujetas a las relaciones de fuerza impuestas por ellos, y finalmente, el hecho de que el preservativo es aún considerado como de utilización difícil por un gran número de personas (como ocurre igualmente en Francia). O incluso el obstáculo que constituye para el cambio de conducta la relativa debilidad de la comunicación en materia de sexualidad, que debería conducir a acciones que fomentaran una “liberación de la palabra”. O, por último, la dramática falta de tolerancia hacia las personas infectadas por el VIH, que demora la prevención en tanto puede impedir a estas personas asumirla plenamente, por lo cual, más allá de los imperativos éticos, la aceptación de los seropositivos y de los enfermos de sida se vuelve una prioridad absoluta de la acción preventiva.

No obstante, también parece que existen posibilidades de realizar una acción de prevención más eficaz de la que se concibe hoy día.

Los conocimientos y representaciones que tienen los habitantes de las Antillas y Guayana sobre los problemas relativos a la infección por VIH son bastante buenos en general, aunque no siempre sean adecuados en todos los aspectos, particularmente en lo referente al riesgo asociado a ciertas prácticas muy peligrosas como la penetración anal sin protección o incluso a la legitimidad de recurrir a una prueba de detección (inadecuaciones que es urgente remediar por medio de acciones apropiadas de información y consejo). Además, la importancia que tiene para los encuestados de los DFA recurrir a esta prueba, en comparación con lo registrado en la encuesta ACSF, parece indicar que la conciencia del peligro de infección por VIH está avivada por la gravedad de la epidemia que se desarrolla en estos departamentos.

Asociada al nivel de conocimiento relativamente bueno, dicha conciencia podría servir de apoyo a acciones que conducirían, entre otras cosas, a una mayor proximidad de los jóvenes y de los hombres con múltiples parejas al preservativo y a la buena correlación que parece existir, en particular entre estos últimos, entre autopercepción del riesgo y adopción de estrategias eficaces de protección, así como al consejo que se tendría que proporcionar en el momento de realizar las pruebas de detección, todo esto con miras a ampliar el ámbito de la prevención hacia medios donde aún no ha penetrado a fondo.

Sin embargo, probablemente convenga aún más innovar en la definición de estrategias para la prevención. Varios datos de la encuesta son susceptibles, a nuestro parecer, de contribuir en este sentido. Es el caso, por ejemplo, de los resultados que manifiestan la importancia, y sobre todo la frecuencia, de tener múltiples compañeros sexuales, incluso a edades avanzadas y en personas que viven en pareja, lo cual debería provocar una menor concentración de las acciones preventivas en los jóvenes, pues no parecen ser la prioridad por el momento. Esto también se aplica a los datos referentes a la utilización de preservativos, especialmente en el marco de las relaciones descritas por los encuestados, lo cual hace necesario que las estrategias de prevención se definan más en función de la variedad de contextos de relaciones que han sido observados, y por lo tanto, se diversifiquen –fuera de toda exhortación simplificadora– tanto en los mensajes que las ponen en marcha como en los blancos a los cuales se dirigen.

Incluso una buena información en la mayoría de los hombres y mujeres de las Antillas y Guayana sobre las realidades del sida y una

verdadera conciencia de los peligros que los hace correr, no serán suficientes para hacerlos cambiar a fondo sus conductas en el sentido de una mejor protección frente a los riesgos de la epidemia. Sabemos bien –y la encuesta ACSAG aporta muchas confirmaciones de ello– que no hay relación de implicación necesaria entre los conocimientos (o los juicios) y las prácticas, y que un buen nivel de los primeros no conduce automáticamente en los hechos a cambios favorables para la prevención, pues las conductas de los individuos, en particular las sexuales, obedecen a un conjunto complejo de factores y no sólo a la lógica de la conservación de la salud, a la cual pueden frecuentemente contradecir.

Traducción del francés de LUCRECIA ORENSANZ