

Aspectos psicológicos y relacionales del paciente con ITS/vih. Una mirada más profunda a los aspectos a tener en cuenta en este tipo de consultas

Psychological and relational aspects in ITS/HIV patients. A closer look at the aspects to be considered in these types of consultations

Juan Madrid Gutiérrez
Centro Madrid Salud Joven. Ayuntamiento de Madrid

Resumen

El artículo intenta cubrir tres objetivos. En primer lugar, tomar conciencia de que trabajamos con personas con sus biografías y no con casos protocolizados. Lo que trae el paciente es solo la punta del iceberg. Nuestra mirada debe dirigirse a la parte profunda y oculta de la persona y que, con mucha frecuencia, él no contará. Estas partes consultas tienen que ver con las relaciones personales y laborales, con el estigma social, con el mundo de las emociones y de la sexualidad, con la intimidad de las personas y de las parejas. Por todo esto debemos darnos cuenta de la importancia de escuchar y validar, a fin de llenar de significado el encuentro profesional-paciente. Es una oportunidad para que nuestras biografías se enriquezcan a través de un encuentro deliberativo en el que se reformulen significados, valores y creencias.

Palabras clave: Bioética, Ética clínica, Pacientes con ITS/vih, Relación clínica, Deliberación.

Abstract

In this article, I will attempt to cover three objectives. Firstly, we should be aware that we work with people who have their own background and biography; they are not simply cases on a record. What the patient brings to the table is only the tip of the iceberg. We should focus on the person's deep and hidden part, which very frequently, they will not share with us. These consultations touch on personal and workplace relationships, social stigmas, emotions and sexuality, as well as the intimacy between couples. Therefore, we should realize how important it is to listen and validate in order to make the clinical contact a very significant one. This is an opportunity for our biographies to become richer through a deliberative encounter in which meanings, values and beliefs are reformulated.

Key words: Bioethics, Clinical ethics, ITS/HIV patients, Clinical relationship, Deliberation.

Introducción

Había una vez un hombre que quería solucionar todos los problemas del mundo. Este hombre reflexionó y leyó mucho para resolver estos problemas. Al mismo tiempo, este hombre tenía un hijo que solo quería jugar con él y siempre insistía, pero el padre nunca podía, porque estaba demasiado ocupado intentando resolver los problemas de la humanidad. Finalmente, para que su hijo lo dejara en paz, el padre decidió hacerle un puzzle: de una revista cogió un mapa del mundo, lo cortó en pedazos, puso los pedazos en una caja y se los dio a su hijo, diciéndole que resolviera el problema, que volviera a componer el mapa del mundo. El hijo no dudó y se puso a resolverlo. Al cabo de un par de horas el niño volvió con el puzzle resuelto. El padre, asombrado, le preguntó cómo lo había hecho y el hijo le contestó que se había fijado en que, al dorso del mapa, había la figura de una persona. Y como él sabía cómo era una persona dio la vuelta a todos los trozos de papel y reconstruyó la figura de la persona. Al volver del otro lado la hoja se dio cuenta de que había arreglado el mundo.

Trabajo en un centro que fue pionero en la atención al vih a mediados de los 80 y desde entonces ha sido un tema con el que no he dejado de tener contacto en estos casi 30 años. Por eso quiero dar mis agradecimientos a todas esas personas. Al equipo del centro de ITS y vih de Montesa del Ayuntamiento de Madrid, en especial a la Dra. Raquel Martín y al Dr. Francisco Bru. A mis compañeros del Centro Joven, la Dra. Isabel Santamaría, médica y sexóloga y a Luis Álvarez, enfermero. A Javier Ultra, mediador y educador social, que ha participado en la puesta en marcha de programas de pruebas rápidas en atención primaria, en especial dirigidas al colectivo LTGBi. A Asunción Roldán, trabajadora social y sexóloga que trabaja en el comité ciudadano antisida de Navarra y que ha desarrollado programas dirigidos a la población que ejerce la prostitución desde los centros de Planificación Familiar de Navarra. Y, por supuesto, a las personas que han confiado en nuestro centro y en mí para abordar su salud y de las que aprendemos continuamente.

A lo largo del artículo intentaré cubrir tres objetivos. En primer lugar, tomar conciencia de que trabajamos con personas y no con casos. Los casos ayudan a reflexionar sobre nuestros estereotipos y cómo nos condicionan, sobre la evolución de la infección, sobre la respuesta a los tratamientos, sobre muchas cosas, pero cuando se tiene a una persona delante, no es un caso que podamos generalizar. Es una persona que trae una biografía, experiencias de vida que le han hecho aprender a responder y a interpretar lo que le sucede de una manera muy determinada. Tiene un mapa del mundo que cree que es lo único que existe y con él se mueve, siente y piensa que es real. Por eso cuando llega a nosotros hay muchas cosas que él mismo desconoce, porque no están en su mapa del mundo, y el proceso terapéutico es un continuo descubrimiento para todos los participantes en ese encuentro de biografías, porque el profesional también tiene su propia biografía y su propio mapa del mundo.

La relación profesional-paciente es como un encuentro de biografías, con mapas del mundo que, por un lado, facilitan sus vidas y, al mismo tiempo, limitan el conocimiento de la realidad.

Otro asunto es darnos cuenta de la importancia de escuchar y validar. La educación infantil nos hace propensos a ver las cosas como blancas o negras, buenas o malas, si haces esto te pasará aquello. Cuando crecemos, nos damos cuenta de que la realidad es mucho más compleja y de que hay tantos aspectos que están entrando en juego que es necesario evitar precipitarse y escuchar cómo cada persona ha construido su realidad, de qué manera está interpretando lo que le pasa, cómo está elaborando emocionalmente esa situación y qué significado tiene la respuesta que está dando a través de su conducta. En ese proceso de aprendizaje se ha priorizado además el castigo, el boli rojo marcando los errores sobre el boli verde marcando lo que está bien, validando. Así llegamos a adultos con grandes sentimientos

de culpa y falta de autoestima que también van a condicionar nuestro comportamiento hacia nosotros mismos y lo que nos rodea.

La última idea que quisiera abordar es cómo este tipo de encuentro entre un profesional y una persona que plantea su problema en relación con las ITS y el vih es una oportunidad de que nuestras biografías se enriquezcan a través de una relación deliberativa en la que se reformulen significados, valores, creencias, desde un modelo de entrevista motivacional en la que se valide a la persona consultante, se clarifiquen cosas, se aporten nuevos argumentos que modifiquen el mapa del mundo de ambas personas, y en la que se generen procesos de balance decisional, de toma de decisiones, aceptando lo que hay y lo que cada uno es capaz de asumir en cada momento. Si todo eso no se llena de tiempo, de significado y de importancia, hay cosas profundas que no se abordan ni se terminan de resolver.

Además de la metáfora del mapa del mundo podemos usar la metáfora del iceberg. Cuando vamos a trabajar con una persona en una consulta de ITS vemos la punta del iceberg, que es lo que podemos ver sobre la base de nuestro mapa de la realidad, pero que se va ampliando a medida que dedicamos más tiempo al paciente y tenemos en cuenta muchos otros factores que vamos a tratar en este artículo. Os invito a descubrir todo lo que está por debajo de eso que ya vemos.

Relación profesional y persona que acude a su consulta o servicio

¿Es una consulta como otras?

Dentro de los diferentes modelos de intervención, la pregunta que se debe hacer es si este asunto exige una entrevista al uso, si es un problema normal, habitual, una consulta como otras. Luis Álvarez, enfermero del Centro Joven, me decía que este tipo de consultas es “especial” porque “la persona que acude a este tipo de consultas viene habitualmente con sentimientos, miedos, dudas encontradas y hay que saber detectar en qué fase del duelo (con respeto a la relación(es) sexual realizada) se encuentra en el momento de acudir a la cita, es decir, si se encuentran en la fase de negación, ira, negociación, depresión o aceptación, a fin de que, una vez detectada la fase,, poder trabajar con él esos sentimientos, miedos y resolver sus dudas.”

Invito al lector a salir del rol profesional y a ponerse en el lugar del paciente en una consulta de ITS o de atención primaria, con el objeto de responder a las siguientes preguntas: “¿Os habéis hecho las pruebas alguna vez? ¿Habéis pasado alguna vez miedo pensando en haberos infectado por haber tenido una relación sexual? ¿Cómo te sientes? ¿Qué te preocupa? ¿Qué te gustaría encontrar en la consulta? ¿Cómo te gustaría que te trataran?”

En la película *El Doctor*, un jefe de servicio vive la experiencia de ser diagnosticado de cáncer y tiene que ser tratado en el hospital. Vive todo el trato que le proporcionan los y las profesionales de la planta y se da cuenta de todas las carencias y sufrimientos que le genera. A causa de esa experiencia, cuando felizmente se recupera, pone en marcha una actividad en la que médicos residentes tomaban el lugar de los pacientes una semana, para cobrar consciencia de la enorme vulnerabilidad y necesidad que una persona tiene cuando está en una situación de pérdida de intimidad y de autonomía, de miedo y preocupaciones.

Es preciso llenar el encuentro profesional de significados a través de la escucha activa y la validación del paciente.

Quizás el tema fundamental de la relación médico-paciente es cómo comunicarnos para generar un proceso de “abre ostras”, es decir, cómo podemos hacer permeable nuestra biografía con la de la persona que tenemos delante, para que esta se abra y pueda darse una

verdadera comunicación. Los pacientes solamente se abren si sienten que están delante de una persona que acepta y que puede responsabilizarse, ofrecer respuestas y guiarles hacia una solución.

En las consultas de ITS y vih puede haber algunas dificultades que cabe considerar específicas, desde ponerse en el lugar del paciente a hablar de sexualidad, como consecuencia de la propia educación del médico, de los estereotipos asociados a la sexualidad y los géneros, a la sexualidad y el placer, a la transferencia de vínculos familiares (médico versus padre/madre, especialmente con adolescentes y jóvenes y también con personas mayores), a los prejuicios (homofobia, transfobia, doble moral, valores morales tradicionales) y también a la falta de competencias en comunicación y en el manejo de aspectos psicológicos y éticos.

Preguntas como: ¿Qué te trae por aquí? ¿Qué te preocupa? ¿Por qué quieres hacerte estas pruebas?, pueden ser oportunas para recibirle y para que se abra, y constituyen una oportunidad para hablar de su vida. La relación que se crea puede servir para la segunda parte de la entrevista, en la que se pueden abordar situaciones comprometidas y tomar decisiones importantes. ¿Qué piensas sobre cómo te puede influir un resultado positivo de vih? ¿Cómo vas a comunicar a tu pareja el resultado positivo de una ITS para que se trate, o que eres vih+? ¿Cómo influirá en vuestra relación el confesarle que has tenido una relación con otra persona? ¿Cómo le vas a decir a tu pareja (heterosexual) que has tenido relaciones homosexuales? ¿Cómo puede influir en tu trabajo el ser seropositivo? ¿Cómo vas a decir a tu familia que eres vih+ y homosexual?

Otro asunto importante es el tema de la sexualidad. Mi experiencia está más centrada en los adolescentes a través del trabajo en el Centro Madrid Salud Joven del Ayuntamiento de Madrid. ¿Se hace caso a los adolescentes? ¿Se les reconoce su sexualidad y el hecho de tener relaciones sexuales? El contexto actual sigue sin facilitar la educación sexual, ni los recursos de atención están adaptados a sus necesidades. Es importante ofrecer a los

Las consultas de ITS-vih son diferentes a otras consultas. Lo que vemos es solo la punta del iceberg. En lo profundo estas consultas tienen que ver con: las relaciones personales, laborales, la estigmatización social, la sexualidad, las emociones y muchos más aspectos de la vida del paciente.

adolescentes un lugar en que no se les trate como niños, sino que se les dé responsabilidad y apoyo para poder responder y proteger su salud. Muchos de sus comportamientos, también los de los adultos y mayores, se abordan sólo desde una perspectiva reproductiva: usar métodos anticonceptivos para protegerse del embarazo y utilizar el preservativo para protegerse de las ITS y el embarazo. La salud sexual queda relegada, si no excluida, cuando nuestra sexualidad forma parte integral de nuestra persona en la relación con nosotros mismos: cómo nos sentimos como hombres o mujeres; cómo expresamos nuestro deseo sexual; cómo orientamos ese deseo; cómo son las relaciones con otras personas. La sexualidad es la gran olvidada en la formación de los profesionales y por ende en el contenido de la relación profesional-paciente.

La falta de tiempo es sin duda un factor clave en la entrevista profesional de salud. La presión asistencial sigue siendo una carga insuperable que impide disponer del tiempo que muchas situaciones, no todas, requieren. Mientras se modifica esta situación, sucede que las personas que requieren abordar situaciones como las ITS y el vih, acuden a recursos específicos en los que el tiempo es mayor y algo distinta la formación de los profesionales. En este sentido, los comités ciudadanos antisida, las asociaciones LTGBi, las agrupadas en la Federación CESIDA y algunos centros institucionales como son, en la Comunidad de Madrid, el Centro de ITS y vih del Ayuntamiento de Madrid, los Centros Municipales y el centro Joven de Madrid-Salud del

Ayuntamiento de Madrid, así como algunos servicios de infecciosas de hospitales públicos, apoyan la atención y abordaje de estos problemas.

El disponer de tiempo, el tener las competencias de comunicación y empatía, el darse cuenta de nuestros prejuicios y poderlos trascender, el tener formación en sexualidad, permiten una relación de calidad en la que se valida a las personas y se les ayuda a aprender de la experiencia que están viviendo de forma práctica y positiva, llenando de nuevos significados su vida y ampliando su mapa del mundo.

Algunas dificultades y fortalezas de los profesionales de salud en las consultas de ITS/vih.

Dificultades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none">• Hablar de sexualidad• Falta de tiempo• Transferencia de los vínculos familiares• Médico versus padre/madre• Juzgar, decir lo que tienes que hacer, infantilizar• Prejuicios. Homofobia, transfobia, doble moral, valores morales tradicionales....• Falta de competencias en comunicación, entrevista motivacional, aspectos psicológicos, “darse cuenta”	<ul style="list-style-type: none">• Ponerse en el lugar del paciente• Aceptar a la persona independientemente de lo que pensemos• Escucha activa. Ser permeable. Sin juicios• Hablar de sexualidad con normalidad• Dar tiempo desde el “darse cuenta”• Validar lo que la persona siente• Ser muy cuidadoso• Empoderar a la persona. Devolución de su mapa de la vida para que tomen conciencia. Llenar de significados

Las consultas de ITS y vih tienen que ver con...

- **Enfermedades venéreas**

El término venérea procede de Venus, diosa romana de la belleza, del amor y de la fecundidad, versión latina de la diosa griega del amor, llamada Afrodita. Conjuga lo amoroso y lo femenino. Venus pasa a ser sinónimo de mujer, de amor, de deseabilidad; y también desde el prisma de la iglesia, desde sus inicios en la Roma convertida al cristianismo, se la ve, como madre de la sexualidad, y a las enfermedades venéreas como “el pecado que nos envían los dioses”. Así como la palabra afrodisíaco se une al concepto positivo griego, lo venéreo, una vez que el latín se transforma en el idioma oficial de la iglesia de Roma, pasa a ser definición de las enfermedades de transmisión sexual, las que la mujer transmite, como si esa fuera su causa real y única. Dentro del ámbito del significado de esta diosa también entra el de la prostitución, las ETS las

transmiten las prostitutas, mujeres fuera de la norma. Hoy también se incluyen en este ámbito los hombres fuera de la norma: homosexuales, trans, chaperos, inmigrantes.

Cuando se plantean estas cuestiones relacionadas con la sexualidad, el criterio que siempre ha utilizado la cultura occidental desde sus inicios es el criterio naturalista. La idea es que la naturaleza tiene un orden y el ser humano también, y las enfermedades venéreas serían, por lo mismo, “antinaturales”. Pero por más que se quiera acotar las enfermedades venéreas a un grupo de desviados o pecadores, la realidad es que han afectado y afectan a todas los estratos socioeconómicos por igual, y en las consultas vemos todas las realidades posibles.

A pesar de que son muchas las enfermedades venéreas descritas en la actualidad, han sido solamente tres las que en el curso de la historia han captado la atención, debido a sus connotaciones individuales y sociales, así como por su alta incidencia, que ha llegado en varios periodos de la historia no sólo a nivel de epidemia sino de pandemia. Ese ha sido el caso de la gonorrea, la sífilis y el vih/sida.

La palabra sífilis proviene del nombre ‘Syphilo’, pastor y protagonista del poema del polifacético médico italiano de la ciudad de Verona, Gerónimo o Girolamo Fracastoro (1478-1553), quien relata cómo Syphilo fue castigado por haber erigido altares prohibidos en la montaña. Dicho castigo por llevar una “vida inmoral y llena de vicios” es la causa de una nueva, terrible y desconocida enfermedad, la sífilis.

- **La sexualidad y sus alrededores**

Cuando atendemos este tipo de consultas estamos hablando, más que de sexo, de la sexualidad; más que de prácticas de riesgo, de la necesidad de afectos, de comunicación, de identidad, de la propia autoestima, de cómo nos sentimos como hombres o mujeres, de cómo sentimos y aceptamos nuestro cuerpo y, en fin, de la vida y sus relaciones. Las relaciones sexuales no se dan de forma aislada de lo que cada persona es y siente ser.

- **Las emociones**

<i>Emociones que generan las ITS y el vih</i>	<i>Transformando emociones</i>
MIEDO	TRANQUILIDAD
VERGÜENZA	NORMALIDAD
CONFUSIÓN	CLARIDAD
DUDAS	RESPUESTAS
ENFADO	EMPATIA
CULPA	COMPRESIÓN

Es importante ponerse en el lugar del paciente, aceptar a la persona independientemente de lo que pensemos, hablar de sexualidad con normalidad, validar lo que la persona siente, empoderarla para que tome conciencia. Un factor importante en este proceso es la escucha activa, validar y reflejar sus sentimientos, generar espacios donde la confianza haga que la persona se abra. Estas consultas tienen que ver, naturalmente, con las emociones, pues el tema de las ITS y el vih está cargado de miedo, vergüenza, confusión, dudas, enfado y culpa.

El objetivo del profesional a través de la entrevista no es solo dar un tratamiento, sino también conseguir transformar el miedo en tranquilidad, la vergüenza en normalidad, la confusión en claridad, las dudas en respuestas, el enfado en empatía y la culpa en comprensión.

• **¿Cómo me va a afectar esto en...?**

Decíamos al principio que sólo vemos la punta del iceberg. Debajo del iceberg, del problema de las ITS, está todo lo que tiene que ver con el contexto relacional; con el cómo me va a afectar esto a mí en mis relaciones personales, en mi trabajo; el temor al estigma, a ser juzgados por la institución y por la sociedad; el miedo a desvelar infidelidades, o una sexualidad no normativa, a ser HSH, a dedicarse a la prostitución. ¿Afectará esta enfermedad a mi proyecto familiar, de pareja, afectará a la maternidad?

¿Cómo puede afectar esto a mis relaciones personales?

CON PAREJA	SIN PAREJA	RELACIONES NO CONSENTIDAS
¿Cómo le digo...? Sentimientos de culpa Miedo al abandono, a que se enfade Miedo inconsciente: “soy malo”, “no me va a querer” “me va a dejar” No se habla de ITS, sugieren infidelidades o desconfianza	¿Quién va a tener sexo conmigo? ¿Quién me va a querer?	Detrás de muchas consultas de ITS y vih hay que investigar abusos y maltrato, violaciones, incluso dentro de las parejas.

• **Tiene que ver con el estigma del vih/sida**

Se da todavía hoy, en nuestro entorno, la serofobia al vih. Cuando nos enfrentamos al vih, uno de los primeros sentimientos es el miedo a ser discriminado en el entorno familiar, laboral o de relaciones. La paradoja es que el estigma hace que se invisibilice y esto refuerza el estigma al no normalizarlo. Un 30% declara que solo lo sabe el profesional sanitario.

En las consultas de ITS y vih puede haber algunas dificultades que podemos considerar específicas, desde ponerse en el lugar del paciente a hablar de sexualidad, debidas a la propia educación del médico, los estereotipos asociados a la sexualidad y a los géneros, a la sexualidad y al placer, a la transferencia de vínculos familiares (médico versus padre/madre), especialmente con adolescentes y jóvenes y también con personas mayores, a los prejuicios (homofobia, transfobia, doble moral, valores morales tradicionales) y a la falta de competencias en comunicación y de manejo de aspectos psicológicos y éticos.

Por otro lado, el gran reto en este momento en Occidente es el retraso diagnóstico. Hay un porcentaje de la población que nunca se ha hecho la prueba del vih, aun habiendo tenido relaciones de riesgos. Se calcula que alrededor de un 30% tiene menos de 250CD4 cuando se les diagnostica de vih, por lo que llevaban tiempo estando infectados. La población homosexual es la que menos retraso tiene, ya que se realiza con más frecuencia, incluso demasiadas veces, las pruebas de vih.

Esta percepción de estigma y discriminación puede llevar a la soledad: “Ante el miedo a que me abandonen, o simplemente que no me acepten, no busco pareja”. En los casos en los que las parejas no tienen el vih, la consulta hace que normalice su vida y

disminuya el estigma. Estas parejas, a su vez, afrontan mejor un resultado vih+ cuando la enfermedad les afecta.

- **Poco sentido del riesgo para la salud**

Las personas que acuden con síntomas, confían en el tratamiento, minimizan las consecuencias y toman conciencia del riesgo de ITS y vih. Las personas sin síntomas se sorprenden ante la oferta de las pruebas de vih y sífilis y tienen una falta de conciencia de ser transmisores de ITS y del vih.

- **En los casos de VIH+**

En España es obligatorio pedir permiso para hacer la prueba. Existen problemas en el ejército de confidencialidad y en muchas consultas se piden las pruebas sin pedir el permiso a los pacientes, aunque se les informe de todo lo que se les va a hacer.

Cuando se les pregunta en qué ha cambiado su vida desde que saben que son seropositivos, sorprende que, en muchos casos, lo vivan como algo que les ha ayudado a ver las orejas al lobo y parar el tipo de vida que llevaban; se alimentan mejor, dejan de drogarse y controlan más la vida nocturna; dan más valor a la pareja y al día a día, están más presentes en sus vidas consigo mismos y con los demás.

- **Tiene que ver con los derechos**

El Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril (RD-L) marcó un punto de inflexión en la política sanitaria española, acabando con el sistema de acceso universal a la sanidad. El RD-L y las normas que lo han ido desarrollando introducen las figuras de asegurado y beneficiario frente al de paciente o ciudadano, y excluye del sistema por primera vez a un grupo de ciudadanos, las personas inmigrantes en situación irregular. De un día para otro casi 900.000 personas se quedaron sin acceso al sistema sanitario y, en un principio, muchos casos de vih y sida se quedaron sin tratamiento, lo que añadió un factor más a todos los descritos: el factor de la desprotección.

Puede ser aconsejable disponer de dispositivos de atención específicos (centros jóvenes; centros de ITS y vih; asociaciones LTGBi, etc.), dado que el tiempo limitado de las consultas habituales no permite manejar en su globalidad y complejidad este tipo de consultas.

Ha sido gracias a los colectivos sociales, en especial “Yo sí”, “Sanidad universal”, “Médicos del Mundo” y otras organizaciones que se ha podido minimizar el impacto del decreto.

- **Perspectiva de género**

Otro tema importante es el que tiene que ver con la perspectiva de género. No se trata necesariamente de cómo abordan el tema los hombres y las mujeres, sino de la forma tan desigual y perjudicial en que se construye el mundo para una parte de la sociedad, en este caso las mujeres. En un reciente estudio sobre sexualidad en adolescentes, se observó que los estereotipos de género siguen fuertemente arraigados, lo que puede ser una razón de por qué no se erradica, por ejemplo, la violencia de género.

En el tema de la sexualidad y el sexo siempre han estado castigadas las mujeres y las personas que no responden al rol tradicional de la heteronormatividad, a la que se le ha otorgado, además, la condición de natural.

Este tema es lo suficientemente complejo e interesante que en este artículo sólo voy a esbozar algunos apuntes para sensibilizar a los profesionales para que lo tengan en cuenta. Simplifico en el cuadro algunos aspectos diferenciales en hombres y mujeres. Habría que hacer muchas más apreciaciones según la orientación sexual, la identidad sexual, en las personas *trans*, etc...

Consulta vih e ITS desde la perspectiva de género

MUJERES	HOMBRES
<ul style="list-style-type: none">• Sumisión• Educada para cuidar, no para cuidarse• Amor romántico• El ideal de pareja• Anteponer el disfrute del otro, "necesita correrse"• Confiar en el control del otro• Ideal de la maternidad. Miedo a no tener hijos• No está bien visto que pregunten sobre sexualidad• Mito de la virginidad/castidad. Menos promiscuas• Se hacen las pruebas cuando inician una nueva relación. ¿Autocuidado?• Mayor vulnerabilidad a las ITS y expuestas a la violencia de género	<ul style="list-style-type: none">• Exceso de confianza, "yo controlo", "a mí no me va a pasar"• Promiscuidad• Falta de autocuidado y responsabilidad• La culpa la tienen las mujeres• Son unas garrillas, han estado con muchos hombres• Se hacen las pruebas según con qué mujeres• Con prostitutas• Uso del poder. Violencia de género• Rechazo del condón• No se vincula el condón al cuidado de la otra persona

Bibliografía

- Antona, A. (2001). Promoción de la salud y Prevención de Enfermedades Sexuales. *Revista de Estudios de Juventud*, 55, 31-38.
- Antona, A. y Madrid, J. (2007). Adolescencia, inmigración y violencia sexual. *Informe SIAS*, 5, 95-104.
- Antona, A. Madrid, J. y Aláez, M. (2003). Adolescencia y Salud. *Papeles del psicólogo*. Vol. 23, nº 84, 45-53.
- Belza, MJ; Koerting, A. y Suárez, M. (2006). *Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por el VIH*. Madrid: Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España.
- Bimbela, JL; Jiménez, JM; Alfaro, N; Gutiérrez, P. y March, JC. (2002). Uso del preservativo masculino entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit*, 16, 298-307.
- Bermudez, MP; Castro, A; Madrid, J. y Buena Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 10, Nº1, 89-103.

- Castro, A; Bermúdez, MP; Buela Casal, G. y Madrid, J. (2011). Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Volumen 43, Nº 1, 83-94.
- Conde, F. (2004). *La concepción de la salud de los jóvenes. Informe 2004*. Documentos Técnicos de Salud Pública. Dirección general de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Faílde Garrido, JM. et al. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanit*, 22(6), 511-9
- Madrid, J. y Antona, A. (2003). Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. *Revista de Estudios de Juventud*, 83, 63-73.
- Madrid, J. (2009). El preservativo entre los más jóvenes. *Evid Pediatr*, 5, 34.
- Navarro-Pertusa, E; Barbera, E. y Reig, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15, 395-400.