

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE TRANSICIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL DEL MIGRANTE EN
LAS FRONTERAS DE MATAMOROS Y REYNOSA

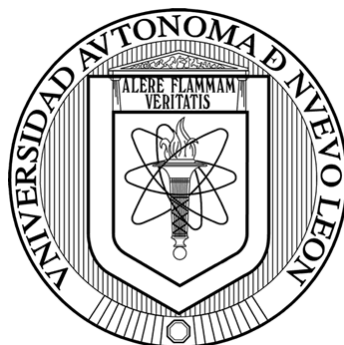
Por

ME. JESÚS ALEJANDRO GUERRA ORDOÑEZ

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE TRANSICIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL DEL MIGRANTE EN
LAS FRONTERAS DE MATAMOROS Y REYNOSA

Por

ME. JESÚS ALEJANDRO GUERRA ORDOÑEZ

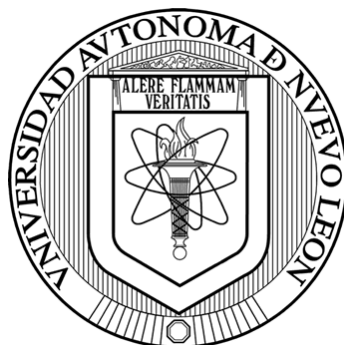
Director de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD.

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE TRANSICIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL DEL MIGRANTE EN
LAS FRONTERAS DE MATAMOROS Y REYNOSA

Por

ME. JESÚS ALEJANDRO GUERRA ORDOÑEZ

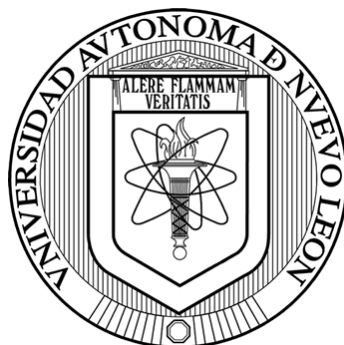
Asesor Externo

DR. JOSE LUIS BURGOS REGIL

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE TRANSICIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL DEL MIGRANTE EN
LAS FRONTERAS DE MATAMOROS Y REYNOSA

Por

ME. JESÚS ALEJANDRO GUERRA ORDOÑEZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

MODELO DE TRANSICIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL DEL MIGRANTE EN
LAS FRONTERAS DE MATAMOROS Y REYNOSA

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Presidente y Director de Tesis

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

1er. Vocal

Dra. Gabriela Zamora Carmona

2do. Vocal

Dr. Rogelio Zapata Garibay

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) por su apoyo financiero para la realización de este estudio.

A la Universidad Autónoma de Tamaulipas por su trabajo en la gestión de la beca, así como a la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros y sus directivos en especial al Dr. Gustavo Gutiérrez Sánchez por ser un excelente líder y brindar su apoyo en todo momento.

A mi directora de Tesis la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, por ser una profesional muy comprometida y guiarme y apoyarme en todo momento, así como compartirme sus conocimientos.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo por su excelente labor en el departamento de posgrado y alentar la culminación del estudio.

A mis profesores de la facultad de enfermería por contribuir en ampliar mis conocimientos, así como a mi jurado, porque gracias a sus observaciones este trabajo fue mejorado poco a poco.

A los doctores José Luis Burgos Regil y Rogelio Zapata Garibay por recibirme durante mi residencia doctoral e involucrarme en sus proyectos.

A la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, por abrirme sus puertas y permitirme involucrarme con su personal y su trabajo de campo, así como a la Red Temática Binacional de Salud Fronteriza por hacerme miembro y apoyarme en la publicación de un artículo de investigación.

A los líderes de las casas de migrantes y del módulo de atención de migrantes por permitirme el acceso, así como a la Diócesis de Matamoros.

A los participantes, gracias por su colaboración.

Dedicatoria

A Dios por darme la paciencia y sabiduría para culminar este trabajo.

A mi familia cercana: Mi madre y mi abuela, quienes se mantuvieron esperando mi regreso a casa con amor posterior a cada estancia.

A mi novia, quien estuvo a mi lado todo el tiempo y fue mi soporte en cada obstáculo de este trayecto, y siempre me brindó las palabras necesarias para continuar.

Al resto de mi familia y amigos, por su admiración y apoyo en cada paso.

A la vida, que me ha dado tanto...

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	9
Modelo de Transición de la Conducta Sexual del Migrante (COSEMI)	21
Estudios Relacionados	24
Objetivo General	44
Objetivos Específicos	44
Definición de Términos	45
Capítulo II	
Metodología	49
Diseño del Estudio	49
Población, Muestra y Muestreo	49
Criterios de Inclusión	50
Criterios de Exclusión	50
Criterios de Eliminación	50
Mediciones	50
Procedimiento de Recolección de Datos	56
Consideraciones Éticas	58
Plan de Análisis de los Datos	60
Capítulo III	
Resultados	63
Estadística Descriptiva	63
Propiedades Psicométricas de los Instrumentos	73
Análisis Inferencial	87

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Relaciones Internas del Modelo COSEMI	92
Comprobación del Modelo COSEMI	142
Capítulo IV	
Discusión	153
Limitaciones	188
Conclusiones	188
Recomendaciones	191
Referencias	194
Apéndices	206
A. Preguntas Filtro	207
B. Cédula de Datos Sociodemográficos	208
C. Escala de Percepción de Riesgo para VIH	209
D. Escala de Responsabilidad con Salud Sexual	210
E. Escala de Motivos para Tener Sexo	211
F. Escala Breve de Actitud Sexual	212
G. Escala de Machismo Sexual	214
H. Cuestionario de Conocimientos sobre VIH	215
I. Escala de Calidad del Servicios de Centros de Atención Secundaria de Salud (CCAS). Subescala de Accesibilidad	216
J. Escala de Discriminación Social Experimentada	217
K. Subescala Comunicación Sexual con Pareja Potencial	218
L. Escala de Autoeficacia para Prevenir el sida	219
M. Escala de Afrontamiento al Riesgo Sexual	221

Tabla de Contenido

Contenido	Página
N. Cuestionario de Comportamiento de Sexo Seguro (Subescalas Uso del Preservativo y Sexo Seguro)	222
O. Consentimiento Informado	225
P. Escalas Visuales	227
Q. Pantalla de Plataforma Qualtrics	245
R. Proceso de Traducción y Adaptación de Cuestionarios	246
S. Proceso de Traducción y Adecuación de la Escala de Conciencia sobre Salud	248

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Medidas de tendencia central y dispersión de variables sociodemográficas	64
2. Frecuencias de variables sociodemográficas	65
3. Medidas de tendencia central y dispersión de variables migratoria	66
4. Frecuencias de variables migratorias	66
5. Medidas de tendencia central y dispersión de variables de carácter sexual	67
6. Frecuencias de variables de carácter sexual y de riesgo	68
7. Medidas de tendencia central y dispersión de propiedades de la migración	70
8. Medidas de tendencia central y dispersión de facilitadores e inhibidores	71
9. Medidas de tendencia central y dispersión de indicadores de proceso	72
10. Medidas de tendencia central y dispersión de variables resultado	73
11. Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala motivos para tener sexo	74
12. Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala breve de actitud sexual	75
13. Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala autoeficacia para sexo seguro	78
14. Análisis factorial exploratorio con rotación varimax: escala afrontamiento al riesgo sexual	81
15. Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala de comportamiento sexual seguro	83
16. Consistencia interna de instrumentos y subescalas	85
17. Prueba de normalidad en variables controladas	87
18. Prueba de normalidad en variables del modelo COSEMI	88
19. Correlación entre variables controladas y variables del COSEMI	90

Lista de Tablas

Tabla	Página
20. Correlación entre propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición	93
21. Análisis discriminante inicial de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición con Lambda de Wilks	94
22. Análisis discriminante final de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición con Lambda de Wilks	95
23. Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición	96
24. Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para motivos para tener sexo	103
25. Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para actitud sexual	104
26. Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para machismo sexual	105
27. Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para conocimientos sobre VIH	106
28. Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para discriminación social	106
29. Correlación entre propiedades de la transición y comportamiento sexual seguro	108
30. Análisis discriminante inicial de modelo de propiedades de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks	109
31. Análisis discriminante final de modelo de propiedades de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks	110

Lista de Tablas

Tabla	Página
32. Prueba de efectos de inter-sujetos de modelo de propiedades de la transición con comportamiento sexual seguro	110
33. Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con coeficiente beta para comportamiento sexual seguro	112
34. Correlación facilitadores e inhibidores personales y ambientales de la transición	113
35. Correlación entre facilitadores e inhibidores ambientales	114
36. Correlación entre facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición	116
37. Análisis discriminante inicial de modelo de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición con Lambda de Wilks	117
38. Análisis discriminante final de modelo facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición con Lambda de Wilks	119
39. Prueba de efecto de inter-sujetos de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición	121
40. Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con Coeficiente Beta para autoeficacia para sexo seguro decir no	126
41. Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con Coeficiente Beta para autoeficacia para sexo seguro preguntar	127
42. Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con Coeficiente Beta para afrontamiento al riesgo sexual solución del problema	128
43. Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con Coeficiente Beta para afrontamiento al riesgo sexual evitación	129

Lista de Tablas

Tabla	Página
44. Correlación entre facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro	130
45. Análisis discriminante inicial de modelo de facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks	132
46. Análisis discriminante final de modelo de facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks	133
47. Prueba de efectos de inter-sujetos de facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro	134
48. Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con coeficiente beta para comportamientos sexual seguro	135
49. Correlación entre indicadores de proceso de la transición y comportamiento sexual seguro	137
50. Análisis discriminante inicial de modelo de indicadores de proceso de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks	138
51. Análisis discriminante final de modelo de indicadores de proceso de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks	139
52. Prueba de efectos de inter-sujetos de indicadores de proceso de la transición con comportamiento sexual seguro	140
53. Modelo lineal generalizado de indicadores de proceso de la transición con coeficiente beta para comportamiento sexual seguro	141
54. Análisis discriminante inicial del modelo COSEMI con Lambda de Wilks	143
55. Análisis discriminante final del modelo COSEMI con Lambda de Wilks	145
56. Prueba de efectos de inter-sujetos del modelo COSEMI	146

Lista de Tablas

Tabla	Página
57. Modelo lineal generalizado del modelo COSEMI con coeficiente beta para uso del preservativo	149
58. Modelo lineal generalizado de COSEMI con coeficiente beta para sexo seguro	150

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Transiciones: teoría de medio rango	10
2. Estructura conceptual teórico empírica de naturaleza de la transición: propiedades de la transición del migrante	15
3. Estructura conceptual teórico empírica de condiciones de la transición: facilitadores e inhibidores personales de la transición del migrante	16
4. Estructura conceptual teórico empírica de condiciones de la transición: facilitadores e inhibidores ambientales de la transición del migrante	17
5. Estructura conceptual teórico empírica de patrones de respuesta: indicadores de proceso de la transición del migrante	18
6. Estructura conceptual teórico empírica de patrones de respuesta: indicadores de resultado de la transición del migrante	19
7. Esquema de relación de conceptos del modelo de transición de la conducta sexual del migrante (COSEMI)	20
8. Esquema del modelo de propiedades de la transición con variables dependientes de facilitadores e inhibidores de la transición	107
9. Esquema del modelo de propiedades de la transición con variables dependientes de comportamiento sexual seguro	112
10. Esquema de asociación entre facilitadores e inhibidores personales y ambientales de la transición	114
11. Esquema del modelo de facilitadores e inhibidores de la transición con variables dependientes de indicadores de proceso de la transición	129

Lista de Figuras

Figura	Página
12. Esquema del modelo de facilitadores e inhibidores de la transición con variables dependientes de comportamiento sexual seguro	136
13. Esquema del modelo de indicadores de proceso de la transición con variables dependientes de comportamiento sexual seguro	142
14. Esquema final del modelo COSEMI con variable dependiente uso del preservativo	151
15. Esquema final del modelo COSEMI con variable dependiente sexo seguro	152

Resumen

Jesús Alejandro Guerra Ordoñez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2017

Título del Estudio: MODELO DE TRANSICIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL DEL MIGRANTE EN LAS FRONTERAS DE MATAMOROS Y REYNOSA

Número de páginas: 249

Candidato a obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Objetivo general y método de estudio: Probar de manera empírica el modelo de transición de la conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa (COSEMI). Se utilizó un diseño de estudio de tipo transversal y correlacional de comprobación de modelo. La población fueron migrantes de las ciudades de Matamoros y Reynosa en el estado de Tamaulipas, la muestra la constituyeron 311 participantes, la cual se calculó con base en un Modelo de Regresión Lineal Múltiple con 25 variables independientes, con un Coeficiente de determinación medio de $r^2 = .09$, significancia de $.05$ y una potencia de prueba de 90%. Posterior a la eliminación de valores atípicos se conservaron 301 participantes. El muestreo fue de tipo probabilístico aleatorio sistemático 4x1. Los instrumentos utilizados presentaron coeficientes de confiabilidad y validez aceptables, fueron aplicados por medio de una encuesta electrónica con el servicio de Qualtrics para encuestas offline en una App para sistema operativo Android y posteriormente subidos a la plataforma en línea para ser descargados en formato SPSS. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, así como análisis psicométrico de los instrumentos y prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, posteriormente análisis de correlación con el coeficiente de Spearman, y finalmente análisis de Regresión Múltiple Multivariado.

Resultados y conclusiones:

El 88.4% fueron de sexo masculino, 45.0% fueron solteros, la media de edad se situó en 33.43 ($DE = 10.06$) y los años de estudio en 8.09 ($DE = 3.56$). En relación al análisis de regresión, se utilizó un análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks, con el cual se pudo separar las variables que permitieron diferenciar las variables necesarias para alcanzar los valores más adecuados para el modelo. Posteriormente al análisis discriminante, para la variable dependiente uso del preservativo las variables estadísticamente significativas con el Coeficiente Beta fueron la responsabilidad con salud sexual ($\beta = .22, F_{[1, 292]} = 7.36, p = .020$), la comunicación sexual con pareja potencial ($\beta = .17, F_{[1, 292]} = 10.64, p = .002$) y la autoeficacia para sexo seguro uso del condón ($\beta = .40, F_{[1, 302]} = 84.80, p = .001$), con una varianza explicada de 34.2%. Para la variable dependiente sexo seguro, presentaron significancia estadística con el coeficiente Beta la actitud sexual permisividad ($\beta = .12, F_{[1, 292]} = 10.45, p = .005$), el machismo sexual ($\beta = -.18, F_{[1, 292]} = 12.78, p = .001$), el conocimiento sobre VIH ($\beta = -.10, F_{[1, 292]} = 7.58, p = .004$), discriminación social ($\beta = .07, F_{[1, 292]} = 4.68, p = .032$), autoeficacia decir no ($\beta = .09, F_{[1, 292]} = 8.00, p = .006$) y autoeficacia uso del condón

($\beta = .08$, $F_{[1, 292]} = 6.80$, $p = .011$), con una varianza explicada de 33.4%.

De acuerdo al objetivo general, se observó que las variables que presentaron efecto predictivo sobre el comportamiento sexual seguro fueron: 1) la propiedad de la transición, la responsabilidad con salud sexual; 2) los facilitadores e inhibidores de la transición, la actitud sexual permisividad, el machismo sexual, los conocimientos sobre VIH y la discriminación social; 3) los indicadores de proceso, la comunicación sexual con pareja potencial y las autoeficacias decir no y uso del condón. A pesar de que el análisis discriminante excluyó múltiples variables, al final entre ambos modelos se conservó al menos una de cada constructo y cada uno de ellos explica más del 30% de la varianza. En los hallazgos de estudios basados en modelos y teorías conceptuales se observó que en todos la variable autoeficacia representó mayor influencia, este resultado fue similar al reportado por el modelo COSEMI en ambas variables resultado. Esta variable se considera importante, ya que como un aspecto central de la conducta, enfatiza el rol, la experiencia social y el impacto en el desarrollo personal hacia cierto comportamiento. Un factor a considerarse para futuros estudios es hacer una búsqueda exhaustiva de modelos que incluyan variables como la discriminación y el machismo sexual dado que son dos variables muy características de esta población por el hecho de ser migrantes y tener muy arraigado el pensamiento machista como creencia cultural inherente.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

Las infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) son problemas de salud a nivel mundial que no distinguen género, raza o condición social. El VIH/sida se encuentra como la sexta causa de muerte a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Para finales del año 2014, se notificaron 2 millones de nuevos casos de personas infectadas, por lo que se estima que la infección por este virus alcanzó la cifra de 36.9 millones de personas en todo el mundo. Además, el número de muertes asociadas al VIH/sida en ese mismo año alcanzó la cifra de 1.2 millones a nivel mundial (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2015).

En América Latina, en el año 2014 se reportaron 87,000 nuevas infecciones, y se llegó a un estimado de 1.7 millones de infecciones, esta cifra se encuentra desproporcionada a lo largo de los países que conforman la región latinoamericana, es decir, en algunos países existe mucha mayor prevalencia de la infección, puesto que datos recientes indican que cerca del 75% de las personas infectadas se concentran únicamente en cinco países, entre los que se encuentra México, quien ocupa el segundo lugar en casos de sida en América Latina y el Caribe, únicamente por debajo de Brasil (ONUSIDA, 2015).

En México, durante el año 2015 se detectaron 4,977 nuevos casos de VIH y 5,722 de sida, lo que suma un total de 180,996 casos reportados desde 1983 hasta el cierre del año 2015. Este problema de salud se observa de manera significativa en los estados fronterizos, donde el número de casos ha llegado a 47,018, es decir, más del 25% del total de casos reportados en el país. Y es el estado de Tamaulipas uno de los cuatro estados de la república mexicana que presenta mayor número de casos nuevos diagnosticados de VIH/sida en 2015, con una tasa de 5.5 por 100,000 habitantes (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA] (2015).

El VIH/sida se encuentra dentro de las enfermedades infecciosas que tienen mayor prevalencia en la región fronteriza de México (Zapata-Garibay, González-Fagoaga, & Rangel-Gómez, 2014). Algunos autores sugieren que la epidemia se concentra principalmente en algunos grupos poblacionales, incluidos los usuarios de drogas inyectables (UDI), las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (Deiss et al., 2012). Además, de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2009), existe otro importante grupo que se relaciona con esta alta prevalencia desde el inicio de la infección, el cual son las poblaciones migrantes.

Según datos de la Secretaría de Gobernación (SEGOB, 2017), sólo en los estados de la frontera norte, en el año 2016, se registraron 580,803 extranjeros no residentes de México, con estatus de visitante sin permiso de actividad remunerada, así mismo, se registraron 776,997 mexicanos residentes de otros estados del país. Por otro lado, en el mismo año fueron presentados ante las autoridades migratorias de los estados de la frontera norte de México, 26,980 migrantes extranjeros de todo el mundo, de los cuales el 90% eran provenientes de América Central, en donde países como Guatemala, Honduras y Salvador ocuparon el 99.3% de estos migrantes bajo condición irregular. Y en términos de género y edad, el 74.8% de estos migrantes son hombres y de estos un 18.6% aún no cumplen 18 años de edad (SEGOB, 2017).

Así mismo, de acuerdo con el Colegio de la Frontera Norte (COLEF, 2016) en el primer trimestre del año 2016 alrededor de 21 mil personas se desplazaron desde el sur con intención de cruzar hacia Estados Unidos (EE.UU.). Entre las ciudades más emblemáticas donde se puede realizar un levantamiento de datos para conocer el flujo migratorio, se encuentran las ciudades de Matamoros y Reynosa del estado de Tamaulipas, mismas que por su ubicación geográfica sirven de puente para la dinámica migratoria del país (COLEF, 2017). Bajo esta condición diversos grupos migratorios confluyen, incrementando el número de esta población, y se caracterizan por viajar

solos, por su cuenta o en grupos pequeños, contratan personas denominados “polleros” quienes se dedican a transportar trabajadores en situación irregular a los EE.UU. por un costo que en ocasiones incluye una oferta de trabajo mientras reúnen el dinero necesario para pagar su cruce por la frontera norte, por lo que llegan a establecerse por tiempo indefinido en México, en condiciones inadecuadas como segregación social y pobreza extrema (Caballero-Hoyos, Villaseñor, Milán, Trujillo, & Monárrez, 2013).

Bajo esta condición, pueden ser forzados a trabajar en la industria, el campo o los servicios, a cambio de un pago muy bajo, llegando a sufrir daños físicos y emocionales, entre otros tipos de violaciones a sus derechos humanos, todo ello por parte de patrones explotadores, crimen organizado, sus propios compañeros y de los llamados “polleros”, estos datos de acuerdo con el Informe del Relator Especial sobre los Derechos Humanos de los Migrantes, en su misión a México (Fuentes-Reyes & Ortiz-Ramírez, 2012).

Es evidente la clara desventaja social para los migrantes, particularmente para los irregulares, por lo que se han llegado a identificar como un grupo vulnerable, sin embargo, la vulnerabilidad social se genera como parte de las condiciones de desigualdad donde ocurre el proceso migratorio y con la manera en que se relacionan e interactúan los diferentes grupos sociales. De esta manera, la migración no es en sí misma la que define los riesgos tanto para la integridad de los migrantes como para su salud, sino las condiciones en que ocurre el proceso migratorio desde los lugares de origen, tránsito y destino, las que sitúan a las poblaciones migrantes en condición de vulnerabilidad (CONAPO, 2009).

Como se mencionó anteriormente, la migración ha estado asociada con la incidencia del VIH, lo cual se presume se debe a las condiciones desfavorables en su tránsito por el país (Rangel et al., 2012). Además las condiciones desfavorables antes mencionadas en las que los migrantes se esfuerzan por sobrevivir aumentan la probabilidad que recurran a conductas sexuales de riesgo (CSR) que propicien la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/sida

(Caballero-Hoyos et al., 2013). Las CSR son exposiciones que tienen los individuos hacia una situación que puede ocasionar daños a su salud o la de otras personas, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por ITS incluido el VIH (García-Vega, Menéndez, Fernández & Cuesta, 2012).

Diversos autores coinciden que los migrantes son un grupo poblacional vulnerable a CSR (Caballero et al., 2013; Wang, Li, Stanton, Liu & Jiang, 2013; Wang et al., 2014). Las CSR más frecuentes en el migrante son el tener sexo con parejas ocasionales, estudios indican que casi el 30% de los migrantes reportó esta conducta, así mismo más del 15% la practican aun estando casados (K.W. Wang et al., 2013; Zhuang, Wu, Poundstone, Yang, Zhong & Jiang, 2012). El sexo con múltiples parejas es considerado como CSR, se ha reportado que el 42% de los migrantes habían tenido 20 o más parejas sexuales en su vida y el 14% tres o más parejas sexuales, además pertenecían al grupo poblacional HSH lo que de acuerdo con B. Wang et al. (2013) aumenta el riesgo de adquirir infección por VIH/sida. La práctica sexual HSH a su vez es considerada otra CSR, puesto que se ha revelado, que de los migrantes que admiten haber tenido sexo con hombres, el 41.9% pagó por esa relación y sólo el 19.4% utilizó preservativo en cada relación sexual, lo cual revela otras dos CSR, como las relaciones sexuales con trabajadores sexuales y uso inconsistente del condón (Zhuang et al., 2012).

Las relaciones sexuales con personas que se dedican al trabajo sexual es una CSR muy recurrida por los migrantes, dado que se ha reportado que el 100% de los migrantes se habían expuesto a MTS a lo largo de su vida, y cerca del 50% refirió no haber utilizado condón en al menos una ocasión. De acuerdo con otros autores cerca del 50% de los migrantes referían haber tenido relaciones sexuales con MTS donde más del 40% presentaron inconsistencia en el uso del condón en los últimos 12 meses y más del 20% no lo utilizaron nunca (Dille & Rakesh, 2013; K.W. Wang et al., 2013; Wang et al., 2014). La inconsistencia en el uso del condón es una CSR común en los migrantes, como se pudo observar anteriormente, diversos estudios demuestran que los

participantes que tienen pareja estable por lo general no utilizan condón, 25% de los que tienen parejas ocasionales nunca lo utiliza y el 73.7% refirió no haber utilizado condón en su última relación sexual (Pan et al., 2013; K.W. Wang et al., 2013; Zhuang et al., 2012).

Las relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas es una CSR mencionada por algunos autores, dado que aproximadamente entre un 40 y 85 % de los migrantes refieren haber bebido o beber alcohol, antes de tener relaciones sexuales, y cerca del 5% refirió haber consumido drogas ilícitas (Dille & Rakesh, 2013; B. Wang et al., 2013). Asimismo, debido a los contextos de pobreza en los que se encuentran algunos migrantes, se reporta que buscan estrategias de supervivencia, por lo que se ven involucrados en sexo a cambio de obtener recursos para atender necesidades básicas como la alimentación o refugio, se reporta que cerca del 20% de los migrantes han brindado servicios sexuales, por lo general a hombres, a cambio de dinero (Caballero-Hoyos et al, 2013; B. Wang et al., 2013).

Existen diversos factores relacionados a CSR de los migrantes, estos pueden ser de tipo personales y ambientales. Dentro de los factores personales están las actitudes sexuales, donde los estudios indican que el 40% de los migrantes están de acuerdo con practicar el sexo con parejas ocasionales y cerca del 50% con practicarlos de manera comercial, es decir pagar o recibir dinero a cambio de él (K.W. Wang et al., 2013; Zhuang et al., 2012). Muy ligadas a las actitudes están las creencias culturales, factor que se relaciona con las CSR, dado que cerca del 60% de los migrantes casados tienen sexo con MTS, al indicar que como hombres tienen necesidades físicas que complacer dada la separación de la cónyuge (Caballero-Hoyos et al, 2012; Zhuang et al., 2012).

El conocimiento inadecuado o falta de éste sobre el VIH, es un factor importante, se ha encontrado una relación entre el escaso conocimiento del VIH/sida y las CSR, puesto que la falta de estos conocimientos aumenta la probabilidad de recurrir a CSR, dado que alrededor del 50% de los migrantes creen que el VIH se puede transmitir por

comer o por la picadura de mosquitos (Pan et al., 2013; K.W. Wang., 2013; Zhuang et al., 2013). Dentro de los factores ambientales se encuentran los factores comunitarios y sociales, en los factores comunitarios que inciden en las CSR de los migrantes, está el limitado acceso a la atención médica y a la educación preventiva útil, dado que la falta de estas se ha relacionado con la adquisición de VIH/sida. Para los factores sociales, se hace énfasis en la segregación y la exclusión social, dado que cerca del 40% de los migrantes tienden a alojarse en viviendas compartidas en condiciones precarias, por no poder integrarse de manera adecuada a la sociedad donde habitan, tales circunstancias se encontraron relacionadas significativamente con las CSR (K.W. Wang et al., 2013).

Existen además diversos factores sociodemográficos que juegan un papel importante para que los migrantes realicen CSR, estos factores son el género, la edad, el nivel de educación, el ingreso mensual, entre otros, los que a su vez se relacionan con la transmisión de VIH/sida. Los estudios demuestran que los hombres tienen mayor probabilidad de presentar CSR que las mujeres, como tener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas, mayor frecuencia de parejas ocasionales y sexo con MTS, dado que el sexo masculino por lo general conserva una creencia cultural que los inclina a ello. En el caso de la edad y el ingreso mensual, los hombres de 19 a 29 años con bajo o nulo ingreso económico, presentan mayor relación con CSR (Caballero et al., 2012; Dille & Rakesh, 2013; Pan et al., 2013)

Como se observa las CSR son resultado de diversos factores que influyen en la respuesta de los migrantes para favorecer o inhibir dichas conductas. Desde los factores personales como las actitudes, las creencias culturales y los conocimientos, pasando por los factores ambientales como el acceso a servicios de salud y educación preventiva y la exclusión social, hasta los sociodemográficos como el género, la edad, la escolaridad y el ingreso económico.

A pesar de la evidente problemática no se han encontrado suficientes estudios que integren todos estos factores, sin embargo, existe el antecedente de dos estudios que

analizaron la interrelación de algunos factores con la CSR, uno de ellos examinó hizo de acuerdo al tipo de pareja de jóvenes migrantes mexicanos y obtuvieron mayor puntaje de CSR los migrantes que refirieron tener parejas ocasionales, al igual que los migrantes que practican sexo por supervivencia, es decir, sexo a cambio de obtener recursos para atender necesidades básicas, en este estudio se encontró que cuando se exponía a los migrantes a información preventiva de ITS y VIH se asociaba con puntuaciones más bajas de CSR (Caballero-Hoyos et al, 2013). Otro estudio tuvo el objetivo de describir la salud sexual y reproductiva (SSR) relacionada con conocimientos, actitudes y comportamientos de riesgo de mujeres migrantes no casadas y examinar los predictores reductores de CSR y reproductivos, basados en un modelo de habilidades de información – motivación – conductas (IMC), para describir la relación entre los constructos, ellos encontraron que las habilidades conductuales fueron predictores importantes para reducir las comportamientos sexuales de riesgo (Cai et al., 2013).

Con lo anterior, se muestra un abordaje previo de este fenómeno desde la perspectiva de un marco conceptual, el cual brinda un modelo predictor de CSR en migrantes, este fenómeno ha sido abordado con anterioridad por diversos estudios que describen la situación del problema actual y brindan recomendaciones para la atención sanitaria, sin embargo, carecen de una fuente que permita el abordaje del tema desde la perspectiva de un modelo o una teoría aplicable a las variables del estudio; por otro lado, investigadores han utilizado el recurso teórico para abordar el tema de la migración en conjunto con las CSR, sin embargo, sus fuentes teóricas están basadas en fundamentos de la psicología conductiva.

En el caso de Albarrán y Nyamathi (2011), aplicaron un modelo en trabajadores migrantes mexicanos que residen en EE.UU., con el fin de evaluar críticamente los datos publicados acerca de la prevalencia de VIH en este grupo poblacional, en sus resultados se encontró que el estado de salud de sus participantes, se ve comprometido por una serie de factores que aumentan el riesgo de contagio del VIH, entre los que destacan el

acceso limitado a los servicios de salud, múltiples parejas sexuales y bajas tasas de uso del condón. Por otro lado, dentro del estudio de Li et al. (2014) aplicaron un modelo en población migrante del área rural hacia la urbana en China, con el objetivo de evaluar la eficacia de una adaptación cultural de una teoría cognitiva social basada en el comportamiento preventivo para VIH, sus resultados sugieren la eficacia de la intervención cognitivo-conductual basada en una teoría social para incrementar el uso de preservativos entre los jóvenes migrantes en China. Estos estudios demuestran características predictoras y eficaces, respectivamente, y pueden ser utilizados en migrantes, no obstante carecen del contexto cultural propio de la región de la frontera norte de México.

Las CSR de los migrantes son un problema complejo que demanda la atención de profesionales de la salud, que destinen acciones particulares que favorezcan los indicadores de salud de este grupo poblacional carente de atención básica sanitaria. La disciplina de enfermería está a un nivel de madurez que permite a sus profesionales desarrollar teorías que son más congruentes con la naturaleza de la enfermería, la diversidad de transiciones por las que atraviesan los migrantes, la complejidad de las experiencias, las respuestas ante las situaciones de riesgo sexual para VIH/sida y la naturaleza dinámica de comunidad fronteriza, por lo que es preciso contar con un modelo con enfoque integral de enfermería para el estudio de este fenómeno.

Los modelos de la disciplina de enfermería permiten realizar representaciones y descripciones de un conjunto de conceptos, una explicación de las relaciones entre ellos y una predicción de los resultados asociados con estas relaciones coherentes. Son menos abstractos que las teorías y sirven como eslabón en el desarrollo de las mismas (Meleis, 2012), puesto que permiten profundizar el abordaje de un fenómeno específico como son las CSR en migrantes, y brindan la pauta para un abordaje adecuado en respuesta a la problemática generada en la franja fronteriza de México.

Un modelo de enfermería para las CSR de migrantes en su tránsito por la frontera norte de México debe abordar la conceptualización de migrante, definir sus conductas sexuales y las condiciones detonantes que las propician. Con base en esto, existe una teoría de enfermería que ha trabajado con migrantes desde sus inicios, es la Teoría de las Transiciones (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000), esta explica que las transiciones son cambios que las personas experimentan durante su vida. Esta teoría ha sido probada y confirmada por Meleis et al. (2000) como marco para explicar las experiencias de transición de grupos de poblaciones en diferentes tipos de transiciones, incluyendo como ya se mencionó a migrantes por lo que se considera de utilidad para el abordaje del estudio. De acuerdo a lo anterior se propone probar un modelo de la conducta sexual del migrante en la fronteras de Matamoros y Reynosa basado en la teoría de medio rango de las transiciones de Meleis et al. (2000).

Marco Teórico

La teoría de las transiciones Meleis et al. (2000) tiene como interés que las personas tengan transiciones saludables, se enfoca en el proceso de tránsito de una fase, situación o estado de vida a otro, los cuales están determinados por una serie de factores internos y externos que repercuten en el manejo de la transición; estos cambios y la manera de asumirlos, determinarán si esta se presenta saludable o no. Esta teoría explica la experiencia de la transición como un cambio de un papel a otro con individuos que tienen circunstancias únicas que pueden facilitar o inhibir la capacidad de definir y dominar un nuevo papel e integrarlo en su identidad, está formulada para promover evoluciones saludables y el bienestar en las personas que cursan una transición.

El objetivo es lograr una transición saludable al dominar la conducta, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades. Esta teoría es sencilla y fácil de entender, sus definiciones conceptuales son claras y ofrecen una comprensión completa del fenómeno, además supone que al identificar qué tipo de transición se trata, que patrones presenta y cuáles son sus propiedades, se permite

abordar correctamente los facilitadores e inhibidores de la misma, los cuales generan los patrones de respuesta en donde los indicadores de proceso darán la pauta para observar la trayectoria que está siguiendo la transición hasta obtener los indicadores de resultado con el dominio y la integración de nuevas habilidades. Los conceptos y supuestos principales se muestran a continuación en la figura 1.

Figura 1. Transiciones: teoría de medio rango (Meleis et al., 2000).

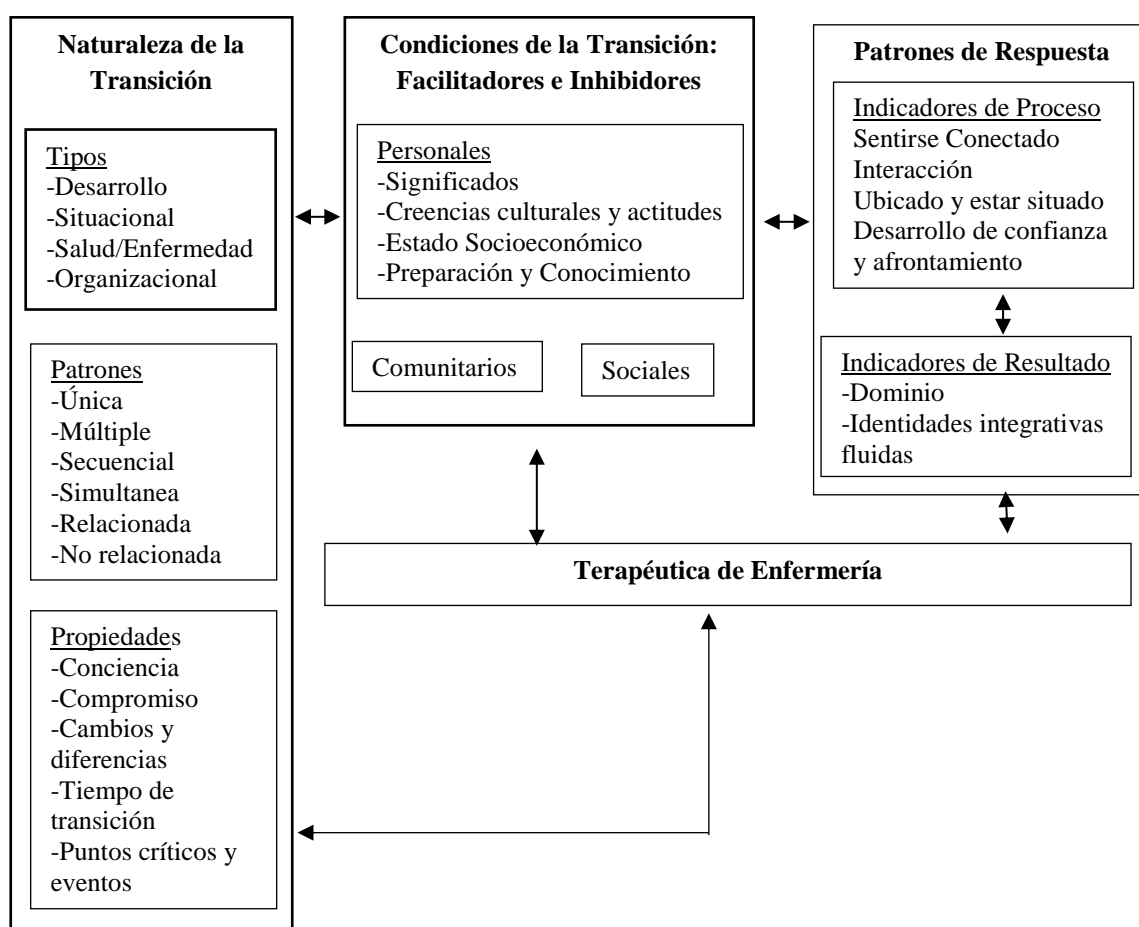


Figura 1. Se presenta el esquema de la interrelación de conceptos de la teoría de rango medio de las transiciones.

Principales conceptos. A continuación se presentan los principales conceptos contenidos en la teoría de medio rango de las transiciones:

Naturaleza de la transición. La naturaleza de las transiciones no está claramente definida en la teoría de las transiciones, sin embargo se interpreta a la naturaleza como la “Esencia de la transición”.

Tipos de transición. De acuerdo con la teoría de las transiciones existen cuatro tipos de transiciones identificadas que presentan los pacientes y las familias, el de desarrollo, situacional, salud y enfermedad y organizacional.

Transición de desarrollo: Son aquellas transiciones que experimentan las personas de manera natural como parte del crecimiento como seres humanos, entre las transiciones de desarrollo se incluyen: nacimiento, la adolescencia, la menopausia o la andropausia, el envejecimiento (o la senescencia) y la muerte.

Transición situacional: Este tipo de transiciones se refiere a cambios que suceden en las personas hablando de una situación estable a otra, esta transición incluye cambios sociales y culturales como por ejemplo la migración, la jubilación o el cuidado familiar.

Transición salud y enfermedad: Es la transición por la que atraviesan las personas durante el transcurso de una enfermedad o la recuperación de la misma. En las transiciones de salud y enfermedad se incluyen: proceso de recuperación, el alta hospitalaria y el diagnóstico de las enfermedades crónicas.

Transición organizacional: Se refiere a las cambiantes condiciones ambientales que afectan a la vida de las personas, así como de los trabajadores dentro de ellas. Dentro de este tipo de transiciones se puede encontrar nuevos puestos de trabajo, nuevas o diferentes funciones, adoptar roles diferentes a los acostumbrados, integrarse a nuevos grupos o tendencias sociales.

Patrones de la transición. Los patrones de la transición es la forma que la transición está adoptando para desarrollarse o llevarse a cabo, pueden incluir si el cliente está experimentando una única transición o una transición múltiple. Los patrones

incluyen transiciones: simples (una sola), múltiples (más de una), secuenciales (transición consecuente de otra), simultáneas (más de una transición durante el mismo lapso de tiempo), relacionadas (transiciones relacionadas entre sí) y no relacionadas (transiciones sin relación alguna).

Propiedades de la transición. Son las condiciones que presenta la transición para desarrollarse, entre ellas se han identificado varias propiedades esenciales que se relacionan en un proceso complejo dentro de estas se encuentran: la conciencia, el compromiso, el cambio y la diferencia, período de tiempo, y puntos críticos y eventos. La conciencia es definida como percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición, es la percepción que tiene la persona acerca de que está en un proceso de transición. El compromiso es el grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición, es decir el compromiso que tiene la persona con realizar la transición de la manera más adecuada.

El cambio y la diferencia se refieren a los cambios que conlleva una transición en la vida de una persona, en otras palabras, son los que se pueden sentir durante la transición sin embargo, es posible que no todos los cambios se deban a la transición. Período de tiempo se refiere a todas las transiciones son fluidas y se mueven con el tiempo. Se define como un tiempo con un punto de partida identificable, que va desde los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un período de inestabilidad, confusión ó estrés y llega a un final con un nuevo inicio o período de estabilidad. Puntos críticos y eventos se definen como un evento marcador identificable en algunas transiciones, tales como el nacimiento, la muerte, el cese de la menstruación o el diagnóstico de una enfermedad; mientras que en otras transiciones los eventos marcadores no son específicos o tan evidentes.

Condiciones de la transición: facilitadores e inhibidores. Son condiciones que pueden facilitar el desarrollo de una transición saludable o bien inhibir la transición saludable.

Personales. En estas condiciones influyen los significados, creencias culturales y actitudes, estado socioeconómico y la preparación y conocimiento. De acuerdo con el primero, se refiere a los significados atribuidos que las personas le dan a los eventos precipitantes de una transición, lo que para unas personas puede ser negativo para otras positivo, esto afecta el rumbo de la transición según sea el caso. Las creencias culturales y actitudes son estigmas asociados a una transición de manera que influyen en la misma, de acuerdo a las creencias culturales de las personas y las actitudes que reflejen hacia esta, se verán reflejadas como facilitadores o inhibidores de la misma.

El estado socioeconómico es el estrato jerárquico económico y social que posee la persona que se encuentra en transición, cuando el estado socioeconómico no es el idóneo para afrontar la transición, puede influir en las experiencias de la transición de las personas. La preparación y conocimiento son la preparación anticipada o la falta de preparación que facilitan o inhiben las experiencias de transición de las personas y el conocimiento sobre qué esperar durante una transición y qué estrategias pueden ser útiles en el manejo de la misma.

Comunitarios y sociales. Son recursos comunitarios que facilitan o inhiben las transiciones entre ellos podemos encontrar los servicios públicos, de salud, protección, entre otros. Los facilitadores e inhibidores sociales se refieren a los procesos de integración a la sociedad en la que se está llevando la transición y la manera en la que la persona se integre y desarrolle en la sociedad en general también puede ser un facilitador e inhibidor para las transiciones.

Patrones de respuesta.

Indicadores de proceso. Mueven a los clientes en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo, estos indicadores brindan la pauta para valorar si la transición se está encaminando de manera saludable o no. Entre ellos se incluye interactuar y desarrollar confianza y afrontamiento. Interactuar se define como el medio por el cual el significado de la transición y los comportamientos desarrollados en

respuesta a la transición son descubiertos, aclarados y reconocido. El desarrollo de confianza y afrontamiento es el grado en que hay un patrón que indica que los individuos involucrados están experimentando un aumento de su nivel de confianza para continuar con la transición.

Indicadores de resultado. Manifiestan si una transición es saludable o no, se pueden concebir como el resultado de la transición, incluyen el dominio e identidades integradoras fluidas. El dominio es el grado en que los individuos demuestran el dominio de las habilidades y comportamientos necesarios para gestionar sus nuevas situaciones o entornos, es decir el dominio de las habilidades nuevas adquiridas por la transición y las identidades integradoras fluidas se caracterizan como el resultado de la reformulación de la identidad, es decir, la nueva identidad adoptada por la persona.

Supuestos principales. La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta.

Para entender las experiencias de los clientes durante las transiciones, es necesario descubrir las condiciones personales y ambientales que facilitan o dificultan el progreso hacia el logro de una transición hacia una vida sana.

Las condiciones personales y ambientales facilitan o dificultan el progreso hacia el logro de una transición hacia una vida sana y los indicadores de proceso mueven a los clientes en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo.

La finalización saludable de una transición es determinada por el grado en que los individuos demuestran el dominio de las habilidades y comportamientos necesarios para gestionar sus nuevas situaciones o ambientes.

Con base en los conceptos de la teoría de medio rango de las transiciones y sus supuestos principales se propone a continuación una subestructuración teórico conceptual empírica para formular el modelo de transición de la conducta sexual del migrante.

Figura 2. Estructura conceptual teórico empírica de naturaleza de la transición: propiedades de la transición del migrante.

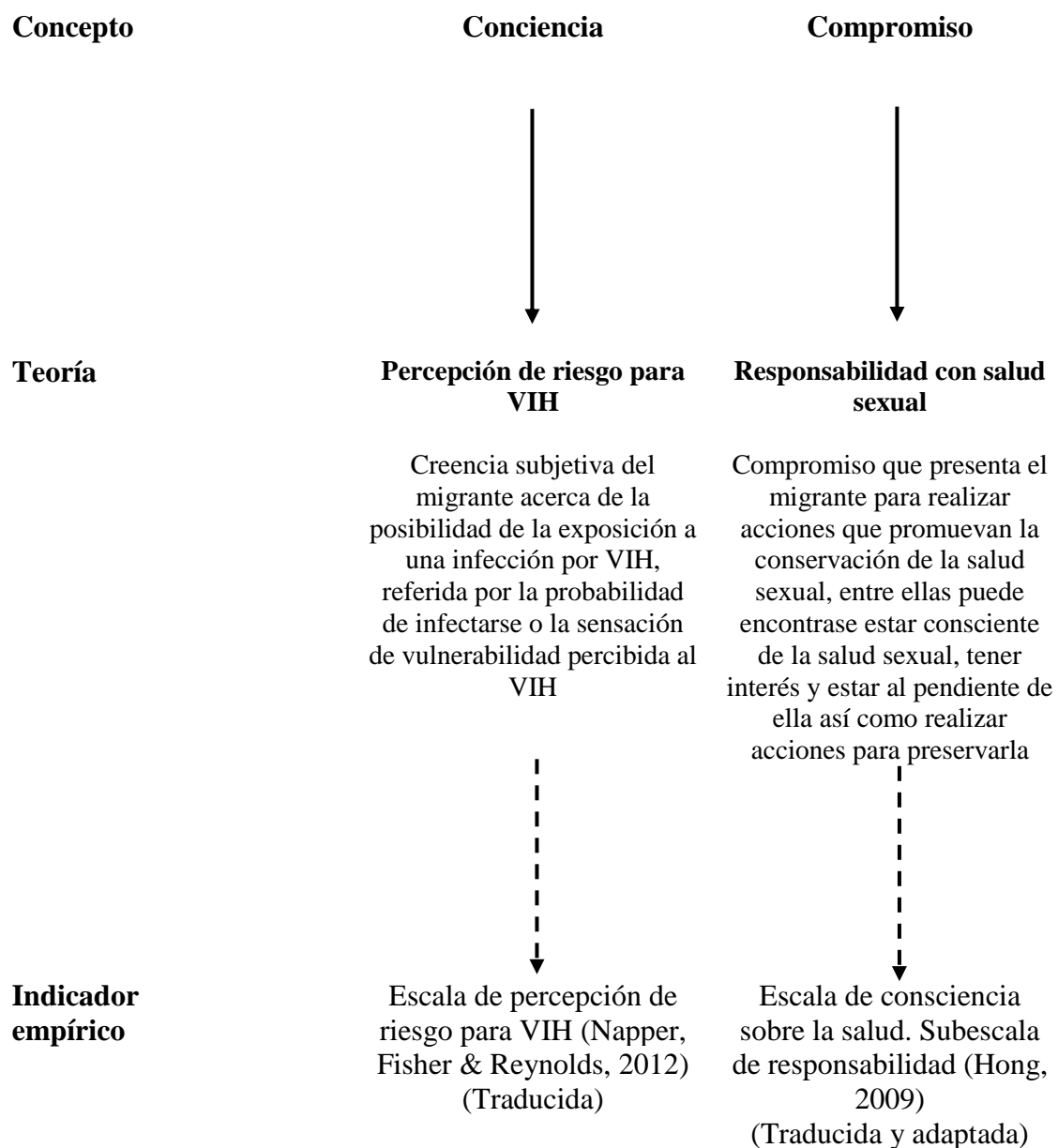


Figura 2. Se presenta la estructura conceptual teórico empírica de las dos propiedades de la transición seleccionadas (conciencia y compromiso), así como los conceptos teóricos y sus indicadores empíricos correspondientes.

Figura 3. Estructura conceptual teórico empírica de condiciones de la transición: facilitadores e inhibidores personales de la transición del migrante.

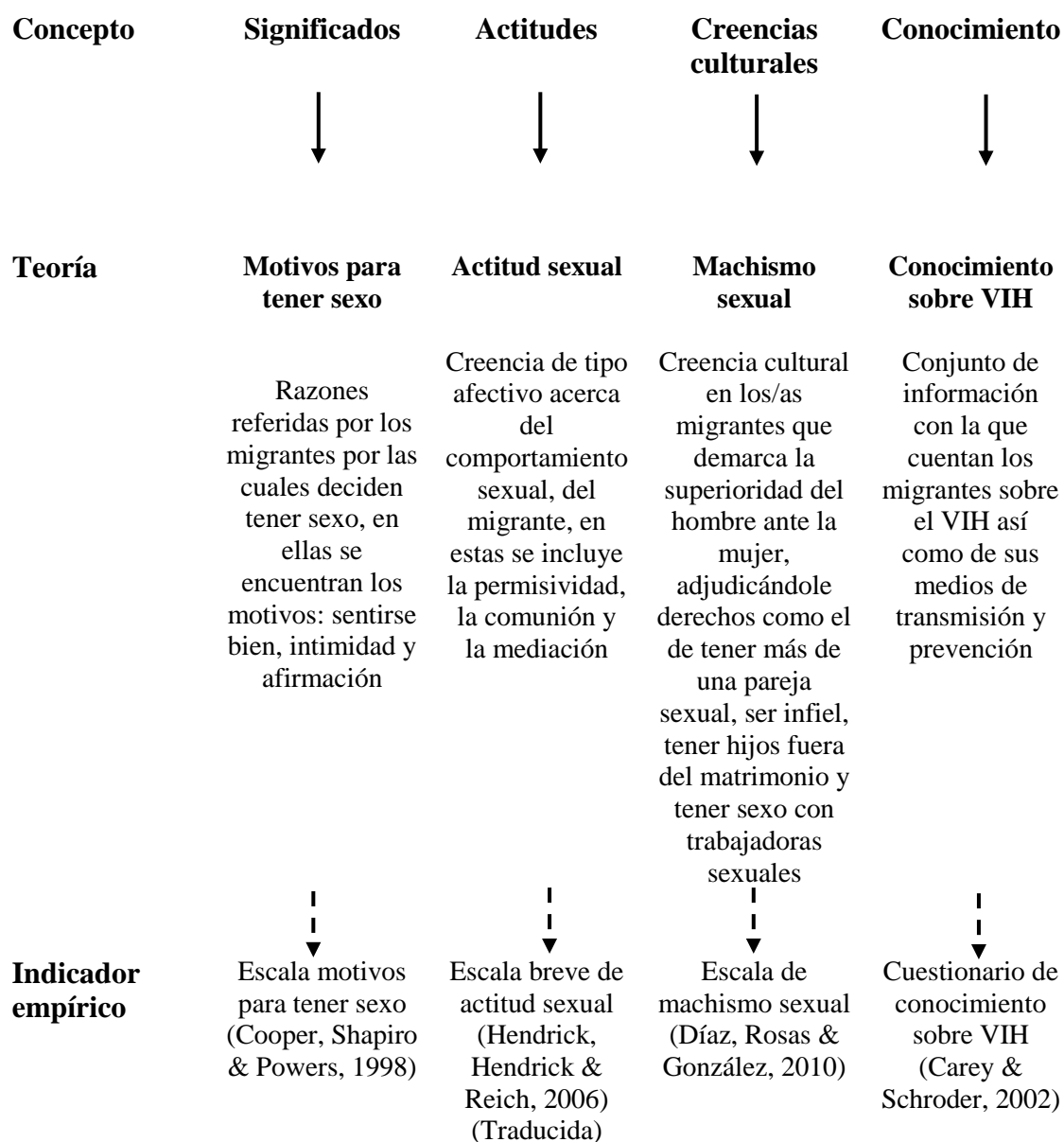


Figura 3. Se presenta la estructura conceptual teórico empírica de los facilitadores e inhibidores personales de la transición, así como los conceptos teóricos y sus indicadores empíricos correspondientes.

Figura 4. Estructura conceptual teórico empírica de condiciones de la transición: facilitadores e inhibidores ambientales de la transición del migrante.

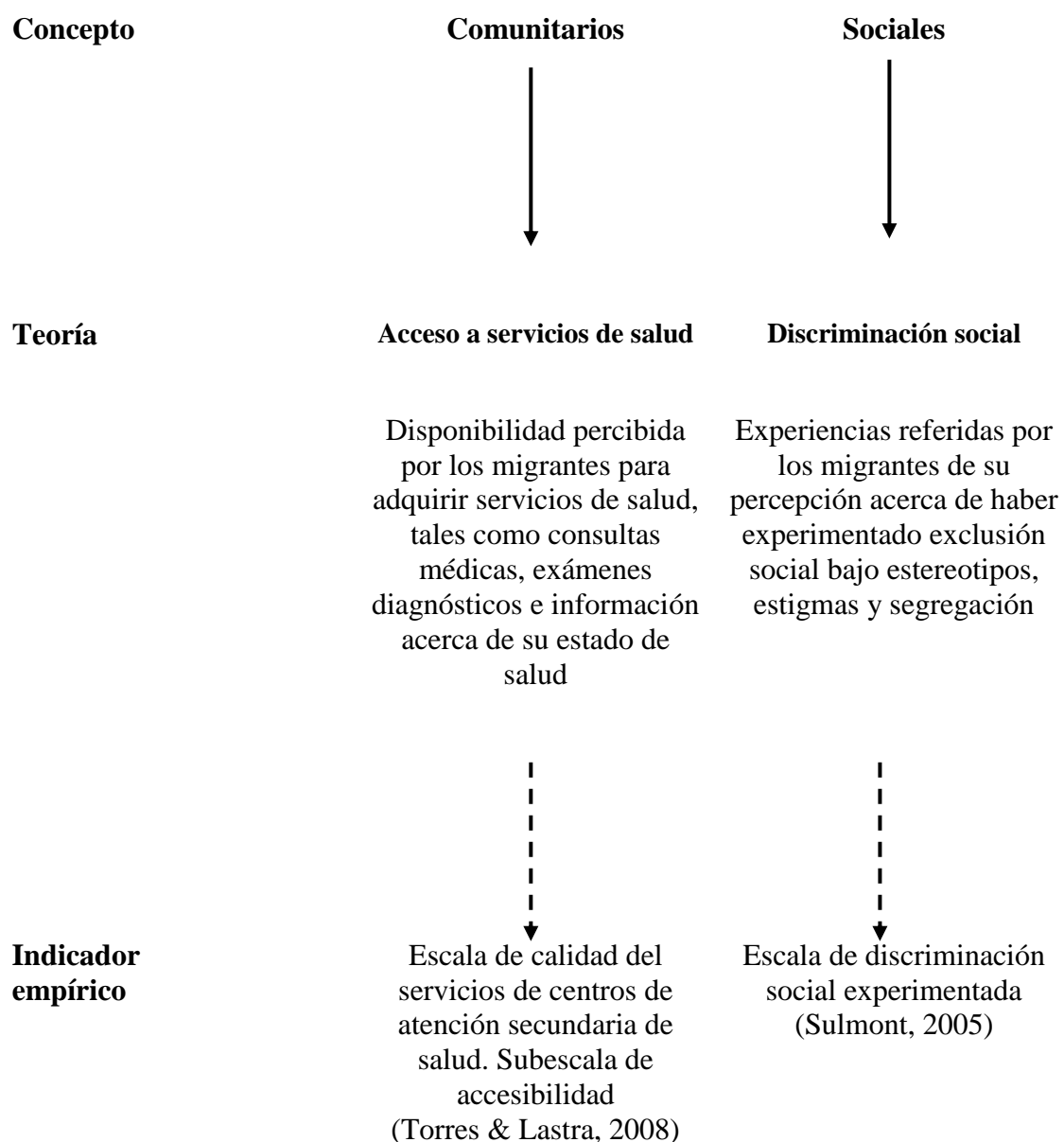


Figura 4. Se presenta la estructura conceptual teórico empírica de los facilitadores e inhibidores ambientales de la transición, así como los conceptos teóricos y sus indicadores empíricos correspondientes.

Figura 5. Estructura conceptual teórico empírica de patrones de respuesta: indicadores de proceso de la transición del migrante.

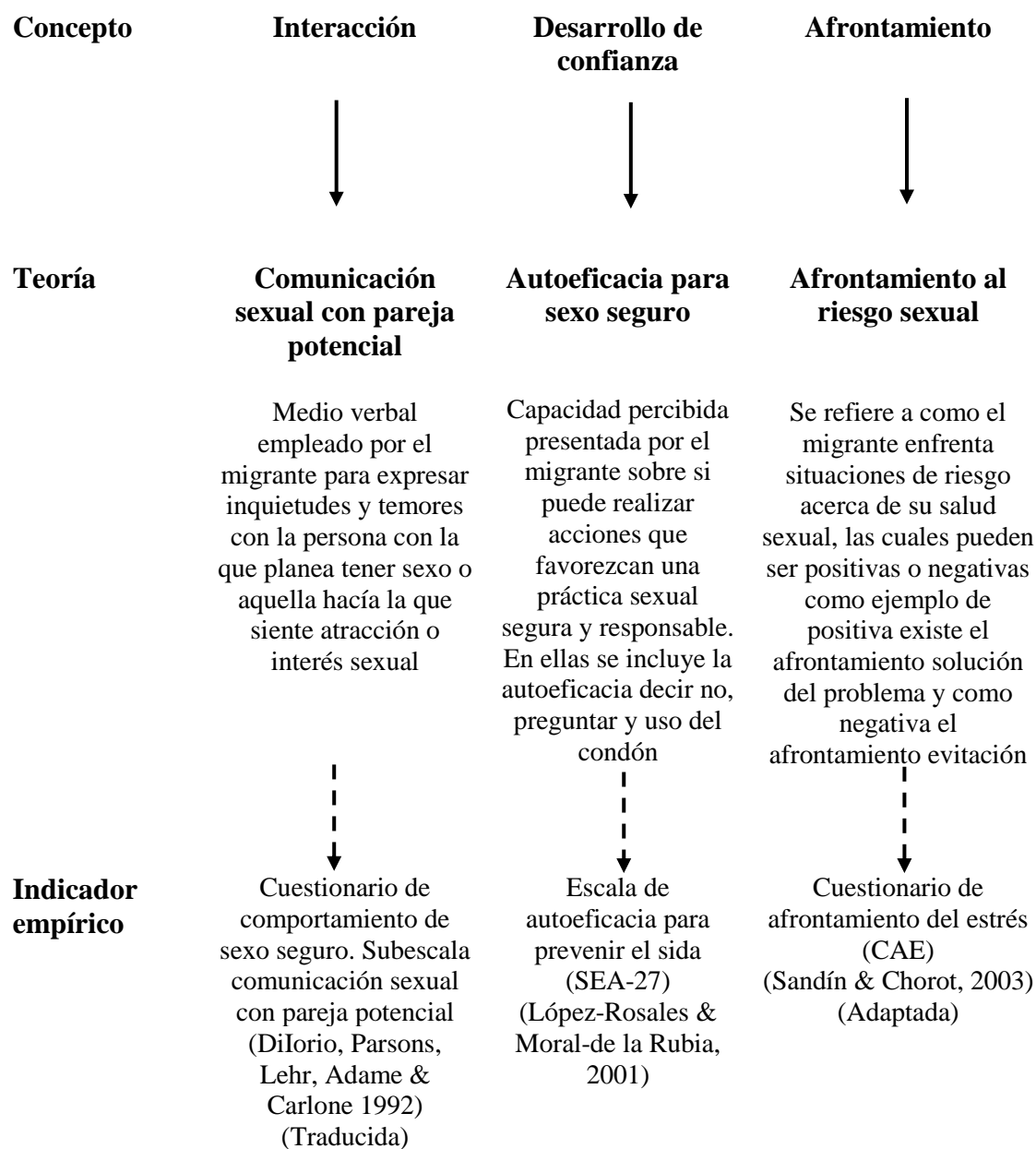


Figura 5. Se presenta la estructura conceptual teórico empírica de los indicadores de proceso de la transición, así como los conceptos teóricos y sus indicadores empíricos correspondientes.

Figura 6. Estructura conceptual teórico empírica de patrones de respuesta: indicadores de resultado de la transición del migrante.

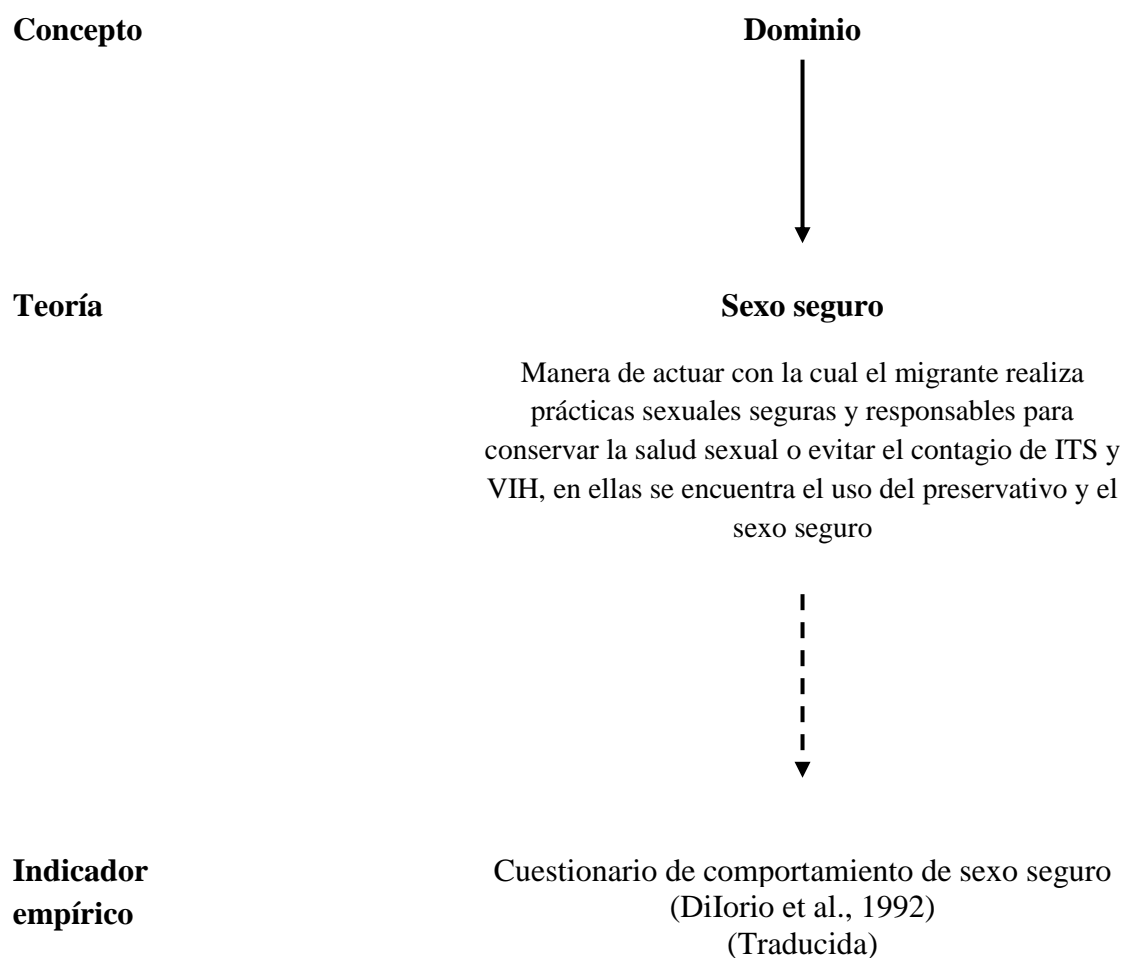


Figura 6. Se presenta la estructura conceptual teórico empírica de los indicadores de resultado de la transición, así como los conceptos teóricos y sus indicadores empíricos correspondientes.

Con base a los conceptos previamente subestructurados se propuso el modelo de la transición de la conducta sexual del migrante (COSEMI).

Figura 7. Esquema de relación de conceptos del modelo de transición de la conducta sexual del migrante (COSEMI).

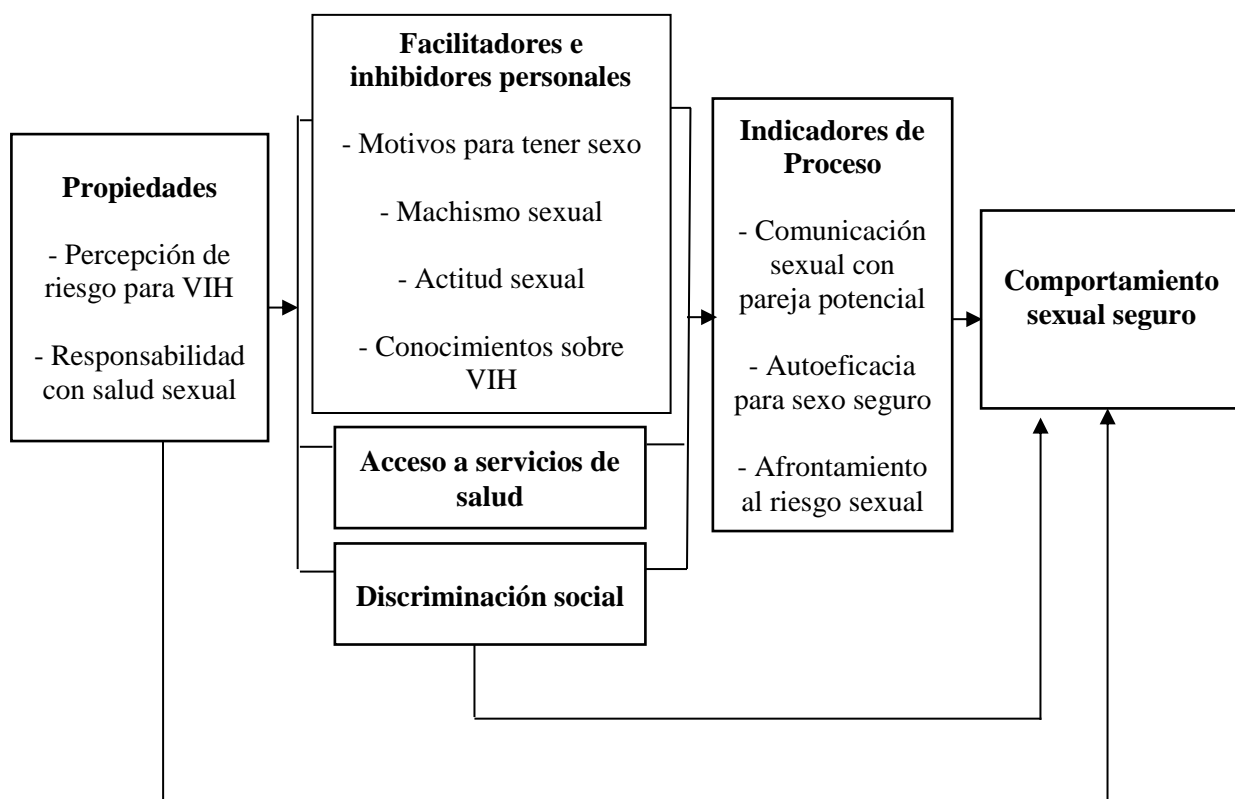


Figura 7. Se presentan los conceptos de modelo COSEMI con base en la estructura conceptual teórico empírica de la teoría de las transiciones. Nota: El COSEMI supone que existen variables que se encuentran fuera del modelo pero que sin embargo tienen efecto sobre la conducta sexual del migrante, como el sexo, la edad, la escolaridad, el estado civil y el ingreso económico, así mismo se consideran el número de veces que cruzado la frontera y la edad de la primera migración.

Modelo de Transición de la Conducta Sexual del Migrante (COSEMI)

El modelo COSEMI fue elaborado con base en la metodología de Fawcett & De Santo-Madeya (2013), la cuál consta de cinco pasos, el primero de ellos fue la identificación de los conceptos que fueron utilizados para la subestructuración. El segundo paso consistió en la clasificación de los conceptos, lo cual se realizó de acuerdo al continuum de observabilidad de Kaplan (1964), que indica qué tan directamente es observable es un fenómeno. De acuerdo a este continuum, la conciencia es considerada como un concepto observable indirecto, debido a que no es posible observarla de manera directa, pero sí es posible derivarla, inferirla o documentarla por otros medios, para este estudio el medio observable de aproximación a este concepto será a través de la escala de percepción de riesgo para VIH.

El tercer paso consiste en la identificación y clasificación de las proposiciones, que son enunciados declarativos sobre uno o más conceptos de la teoría. Como ejemplo está que las condiciones personales y ambientales facilitan o dificultan el progreso de una transición hacia una vida sana, este proceso facilita la identificación de conceptos pertinentes. El cuarto paso es la ordenación jerárquica de las proposiciones, la clasificación de las proposiciones se realiza en base a su nivel de abstracción (de lo abstracto a lo concreto). De esta forma, las proposiciones propuestas se consideran proposiciones abstractas o no restrictas, ya que son aplicables a fenómenos generales, por lo tanto, las proposiciones derivadas se consideran proposiciones medianamente abstractas, ya que están enfocadas a un fenómeno específico.

Finalmente, el quinto paso consiste en la construcción del diagrama, con este diagrama es posible determinar cómo se conjugaron todos los conceptos y proposiciones del modelo de transición de la conducta sexual del migrante (COSEMI). Este modelo está compuesto por cuatro estructuras, las cuáles son las propiedades, los facilitadores e inhibidores, los indicadores de proceso y resultado, donde las tres primeras estructuras pretenden predecir el comportamiento sexual seguro.

Propiedades de la transición. El modelo COSEMI parte del supuesto que la migración es una transición situacional, dado que las personas que migran cambian de una situacional estable de la que ya estaban adaptadas a otra, a su vez la migración se considera una transición de patrón múltiple y con transiciones secuenciales y relacionadas a la misma, en el caso del COSEMI se considera la transición de la conducta sexual del migrante, la cual se ve influenciada por la migración en sí. Cabe destacar que estos conceptos no son considerados como medibles para este y otros estudios, pero permiten la ubicación en el contexto de las transiciones.

En cuanto a las propiedades de la transición, se subestructuran las propiedades de la transición (de la conducta sexual del migrante), que son las características de la conducta sexual del migrante, dentro de estas propiedades se encuentran: 1) la percepción de riesgo para VIH, que se define como la creencia subjetiva del migrante acerca de la posibilidad de la exposición a una infección por VIH, referida por la probabilidad de infectarse o la sensación de vulnerabilidad percibida al VIH y 2) la responsabilidad con la salud sexual, definida como el compromiso que presenta el migrante para realizar acciones que promuevan la conservación de la salud sexual, entre ellas puede encontrarse, estar consciente de la salud sexual, tener interés y estar al pendiente de ella, así como realizar acciones para preservarla. De acuerdo al modelo propuesto, estas propiedades se relacionan con los facilitadores e inhibidores de la transición (de la conducta sexual del migrante) y tienen un efecto directo sobre el comportamiento sexual seguro.

Facilitadores e inhibidores de la transición.

Personales. Estos son conceptos que se han subestructurado de los facilitadores e inhibidores personales de la transición, dentro de los facilitadores e inhibidores personales de la transición (de la conducta sexual del migrante) se encuentran: 1) motivos para tener sexo, que son las razones referidas por los migrantes por las cuales deciden tener sexo, en ellas se encuentran los motivos: sentirse bien, intimidad y

afirmación, 2) la actitud sexual, que es la creencia de tipo afectiva acerca del comportamiento sexual del migrante, en esta se incluye la permisividad, la comunión y la mediación, 3) el machismo sexual, que es la creencia cultural en los/as migrantes que demarca la superioridad del hombre ante la mujer, adjudicándole derechos como el de tener más de una pareja sexual, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y tener sexo con trabajadoras sexuales y 4) el conocimiento sobre VIH, que es el conjunto de información con la que cuentan los migrantes sobre el VIH, así como de sus medios de transmisión y prevención, el COSEMI considera que estos facilitadores e inhibidores (personales) se relacionan con el acceso a servicios de salud y la discriminación social (ambientales) y a su vez tienen un efecto directo sobre los indicadores de proceso y sobre el comportamiento sexual seguro del migrante.

Ambientales.

Acceso a servicios de salud. Este concepto se subestructura de los facilitadores e inhibidores comunitarios de la transición, el acceso a servicios de salud es definido como la disponibilidad percibida por los migrantes para adquirir servicios de salud, tales como consultas médicas, exámenes diagnósticos e información acerca de su estado de salud, se considera que tiene relación con los facilitadores e inhibidores personales y con la discriminación social, además de un efecto directo sobre los indicadores de proceso y sobre el comportamiento sexual seguro del migrante.

Discriminación social. La discriminación social se subestructura de los facilitadores e inhibidores sociales de la transición, esta se define como las experiencias referidas por los migrantes acerca de su percepción sobre exclusión social bajo estereotipos, estigmas y segregación. Se presume que existe una relación entre esta con el acceso a servicios de salud y los facilitadores e inhibidores personales de la transición, y que a su vez todo el conjunto está influenciado por las propiedades y tiene un efecto sobre los indicadores de proceso y sobre el comportamiento sexual seguro.

Indicadores de proceso de la transición. Los indicadores de proceso de la transición (de la conducta sexual del migrante) se subestructuran de los indicadores de proceso de la transición. Están compuestos por: 1) comunicación sexual con pareja potencial, definida como el medio verbal empleado por el migrante para expresar inquietudes y temores con la persona con la que planea tener sexo o aquella hacia la que siente atracción o interés sexual, 2) la autoeficacia para sexo seguro, que se define como la capacidad percibida presentada por el migrante sobre si puede realizar acciones que favorezcan una práctica sexual segura y responsable, en ellas se incluyen la autoeficacia decir no, preguntar y uso del condón y 3) el afrontamiento al riesgo sexual, que se refiere a como el migrante enfrenta situaciones de riesgo acerca de su salud sexual, las cuales pueden ser positivas o negativas, como ejemplo de positiva existe el afrontamiento solución del problema y como negativa el afrontamiento evitación. De acuerdo a lo propuesto por el COSEMI los indicadores de proceso están influenciados por los facilitadores e inhibidores personales y ambientales y a su vez tienen un efecto directo sobre el comportamiento sexual seguro.

Comportamiento sexual seguro. La última estructura es el comportamiento sexual seguro del migrante, la cual se subestructura de los indicadores de resultado, específicamente del dominio, la estructura del comportamiento sexual seguro del migrante es entendida como la variable dependiente, esta se define como la manera de actuar con la cual el migrante realiza prácticas sexuales seguras y responsables para conservar la salud sexual o evitar el contagio de ITS y VIH, en ellas se encuentra el uso del preservativo y el sexo seguro. De acuerdo con el COSEMI, el comportamiento sexual seguro se ve influenciado por diversos factores como las propiedades, los facilitadores e inhibidores y los indicadores de proceso de la transición.

Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios de investigación que han abordado con anterioridad el fenómeno de interés, primeramente se presentan estudios de las variables

contenidas en el modelo COSEMI, y posteriormente las variables controladas.

Propiedades.

Percepción de riesgo sexual. Pinedo et al. (2014), realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de examinar los factores asociados con la percepción del riesgo para VIH, con una muestra de 313 hombres deportados usuarios de drogas inyectables en Tijuana, México. Identificaron correlaciones de riesgo percibido de VIH, haber pagado por sexo a MTS en EE.UU. ($OR = 0.29$, $IC\ 95\% = 0.12 - 0.69$, $p < .01$), se asoció negativamente con el riesgo de VIH percibido; mientras que tener una pareja femenina estable en Tijuana posterior a la deportación, se asoció positivamente con percibirse en riesgo de contraer el VIH ($OR = 2.26$, $IC\ 95\% = 1.01-5.07$, $p < .05$).

Li et al. (2004), realizaron un estudio con el propósito de responder si existe una relación entre el movimiento rural a urbano de esta población y el aumento de riesgo de VIH/ITS, y determinar el patrón general de las CSR, encontraron que la vulnerabilidad se asocia con el alto riesgo sexual ($\beta = -.129$, $t = - 5.827$, $p < .001$).

K.W. Wang et al. (2013), realizaron una investigación con 2,254 sujetos con el propósito de proveer información para reforzar los servicios de salud sexual y educación para la salud sexual, dirigidos a la conducta y la salud sexual de hombres migrantes solteros. Los resultados indican que de aquellos hombres que ya han tenido relaciones sexuales, el 73.7% no utilizó preservativo en su última relación sexual y el 28.6% reportó haberse involucrado en conductas sexuales de riesgo (definido en este estudio como haber tenido al menos una pareja ocasional). El análisis de regresión logística multivariado identificó varios indicadores de CSR, entre ellos mala percepción de contraer el VIH/sida ($OR = 1.52$, $IC\ 95\% = 1.33 - 1.96$, $p < .001$) para los poco probable ($OR = 2.38$, $IC\ 95\% = 1.61 - 3.70$, $p < .001$) para imposible, además, ($OR = 2.13$, $IC\ 95\% = 1.70 - 2.53$, $p = .012$) para los que no tienen parejas que tengan relaciones sexuales con parejas ocasionales ($OR = 4.40$, $IC\ 95\% = 3.37 - 5.56$, $p < .001$) para los que sí tienen parejas sexuales que participen en encuentros ocasionales.

Kramer et al. (2013) realizaron una investigación con el propósito de evaluar las diferencias generacionales en comportamiento sexual, comportamiento en pruebas de VIH/ITS y la percepción de riesgo sexual de dos generaciones de migrantes de Países Bajos con una muestra de 322 participantes, encontraron asociación entre la percepción de riesgo de VIH/ITS (Bajo riesgo vs No riesgo) con el nivel de educación ($OR = 1.26$, $IC\ 95\% = 0.83-1.93$, $p < .05$) bajo ($OR = 0.81$, $IC\ 95\% = 0.60-1.10$, $p < .05$) medio ($OR = 1.00$, $IC\ 95\% = 0.83-1.93$, $p < .05$) alto.

Síntesis. Los estudios demuestran que la percepción del riesgo para VIH se asocia negativamente con CSR como lo es recurrir a personas que se dedican a brindar servicios sexuales. Así mismo, la vulnerabilidad está asociada al alto riesgo sexual y la mala percepción de contraer VIH relacionada positivamente con las CSR y asociación entre la percepción de tener riesgo sexual para contraer VIH con el nivel de educación de los migrantes, donde se observa mayor asociación de percepción de riesgo en aquellos que tienen un nivel de educación alto. De acuerdo a esto se podría suponer que aquellos migrantes con percepción de un cambio en su vida sexual que los lleve a la percepción de riesgo sexual tendrán mayor probabilidad de una conducta sexual segura.

Responsabilidad con salud sexual. Dado que la responsabilidad con la salud sexual se define como compromiso que presenta el migrante para realizar acciones que promuevan la conservación de la salud sexual, entre ellas puede encontrarse estar consciente de la salud sexual, tener interés y estar pendiente de ella, así como realizar acciones para preservarla, y dado que no se encontraron estudios relacionados con esta variable, se incluyeron estudios que se enfocan en la realización de la prueba de VIH, por ser esta una acción considerada como responsable para la salud sexual.

Wang, Li, Stanton y McGuire (2010), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el comportamiento de las pruebas de VIH/ITS, entre los migrantes de las zonas rurales a las urbanas y para examinar factores socio-demográficos, conductuales, psicológicos y estructurales, asociados con la prueba del VIH y las ITS y la disposición

para realizarse la prueba entre aquellos que nunca han tenido una prueba de VIH/ITS, con 1,938 sujetos, encontraron una asociación significativa entre la vulnerabilidad a VIH/ITS y la voluntad de realizarse una prueba para VIH ($\chi^2 = 5.49, p < .001$). Así mismo al percibir que la pareja está envuelta en riesgos sexuales se asocia significativamente ($\chi^2 = 4.90, p < .001$) con realizarse una prueba de VIH. Así mismo, encontraron que una serie de factores conductuales como número de parejas sexuales ($\chi^2 = 32.93, p < .001$), consistencia en el uso del condón ($\chi^2 = 11.54, p < .001$), pagar por sexo comercial ($\chi^2 = 23.29, p < .001$) recibir dinero por sexo comercial ($\chi^2 = 52.03, p < .001$) y el consumo de drogas ($\chi^2 = 15.28, p < .001$), se asociaron significativamente con haber tomado alguna vez una prueba de VIH o ITS.

Weine, Bahromov, Loue y Owens (2013), realizaron un estudio con el objetivo de investigar las conductas de riesgo de VIH y sus multiniveles determinantes en los trabajadores migrantes masculinos de Tayikistán a Moscú, con una muestra de 400 migrantes, encontraron asociación entre realizarse menos la prueba del VIH con menor protección contra el VIH, es decir, entre menos se realicen la pruebas de VIH se asocia con el sexo sin protección con MTS ($OR = 0.3, IC\ 95\% = 0.2- 0.5, p < .001$).

Song et al. (2011) en una investigación tuvieron como objetivo identificar las barreras psicológicas y estructurales a la prueba del VIH, en 307 jóvenes migrantes, encontraron tres resultados que fueron significativamente asociados con el comportamiento de realizarse la prueba de VIH en HSH como antecedentes de ITS ($OR = 9.793, IC\ 95\% = 2.169 - 44.207, p < .01$), número de parejas sexuales varones durante su vida ($OR = 1.005, IC\ 95\% = 1.000 - 1.010, p < .05$) y respecto al el uso del condón en los últimos tres encuentros sexuales por la vía anal ($OR = 1.515, IC\ 95\% = 1.102 - 2.082, p < .05$).

Ojikutu et al. (2013) realizaron una investigación para identificar barreras para el acceso a las pruebas del VIH en personas de raza negra residentes de Massachusetts no nacidos en EE.UU. y compararlas con las barreras que enfrentan personas de raza negra

nacidas en EE.UU. La muestra estuvo conformada por 1,060 participantes y se encontró que los no nacidos en EE.UU. son menos propensos a haberse realizado la prueba de VIH reciente mente (42%) en comparación con los nacidos en EE.UU. (56%, $p < .05$).

Síntesis. Se observa fuerte asociación entre las variables sentirse vulnerable a contraer HIV con la voluntad de realizarse la prueba para VIH, es decir una fuerte asociación entre conciencia y compromiso con la salud sexual. Los estudios demuestran que realizarse una prueba de VIH se asocia significativamente con conductas sexuales como recibir o pagar dinero a cambio de sexo, el número de parejas sexuales y el consumo de drogas previo a las relaciones sexuales, es decir, cuando se sabe que se ha incurrido en CSR, así mismo se observa asociación negativa entre realización de la prueba con CSR como sexo con MTS sin protección y al igual que los migrantes HSH y múltiples parejas se asocia con realizarse la prueba de VIH.

Facilitadores e inhibidores.

Motivos para tener sexo. Zhuang et al. (2012) en su investigación se plantearon identificar los factores asociados con el riesgo sexual en 1,625 migrantes trabajadores de la construcción chinos en Nantong. Encontraron que el 14.2% de los participantes declararon haber tenido relaciones sexuales con MTS, entre los que habían regresado del extranjero, la tasa fue ligeramente superior en comparación con los que habían trabajado en el país, 17.4% frente a 12.9% ($X^2 = 6.764$, $p < .034$). Las razones más comúnmente citadas para relaciones sexuales con MTS fueron: sentir necesidades física (56.8%), la soledad (15.4%), búsqueda de emociones (15.4%), curiosidad (13.7%) y la influencia de los compañeros (10.6%).

Síntesis. El estudio demuestra que motivos como la necesidad física, la soledad y la búsqueda de emociones, se asocian con CSR en los migrantes como recurrir a MTS.

Actitud sexual. Huang et al. (2011) realizaron un estudio en 1,879 clientes de MTS, con el objetivo de estimar la prevalencia de ITS entre hombres clientes de MTS en China. Se encontró que sólo el 15.3% de ellos informaron que estaba bien tener

relaciones sexuales fuera del matrimonio en comparación con el 6.3% de los no clientes ($p < .05$). Además, el 38.5% de los clientes en comparación con 6.8% de los no clientes ($p < .001$) informó que estaba bien tener sexo por placer.

Li et al. (2009) realizaron una investigación con 2,821 jóvenes migrantes trabajadores con el objetivo de evaluar la prevalencia de comportamientos sexuales y las correlaciones entre los adolescentes de los trabajadores migrantes en China. Encontraron que entre todos los adolescentes, en comparación con los hombres, las mujeres mostraron puntuaciones más altas en la actitud hacia conductas sexuales (15.05 vs 14.01, $t = -2.32$, $p < .05$) para adolescentes trabajadores migrantes; (14.73 vs 13.82, $t = -8.15$, $p < .01$) para los adolescentes residentes generales.

Síntesis. Las actitudes favorables hacia el sexo por placer, se asocian significativamente con recurrir a MTS, así mismo, se observa que son los adolescentes migrantes los que tienen mayores actitudes hacia conductas sexuales.

Machismo sexual. Huang et al. (2011) realizaron un estudio en 1,879 clientes de MTS en China con el objetivo de estimar la prevalencia de ITS entre ellos, describir el uso del condón en conductas asociadas con el VIH e ITS. Revelaron que los clientes de las MTS fueron más propensos a haber mantenido relaciones sexuales antes del matrimonio (49.7% vs. 21.6%, $p < .001$) y han tenido una pareja sexual de corto plazo además de su cónyuge (20.2% vs. 3.4%, $p < .001$) a diferencia de los que no son clientes. Los clientes reportaron tasas más altas de haber pagado por sexo comercial en lugares donde se consigue ese servicio (49.1% frente a 19%, $p < .001$). Más del 90% de los clientes de MTS indicó que habían mantenido relaciones sexuales fuera del matrimonio, en comparación con 10.1% de los no clientes ($p < .001$).

Knipper et al. (2007), con el propósito de identificar correlaciones demográficas, de comportamiento, psicológicas y socioculturales del uso del condón entre hombres adultos heterosexuales latinos en el norte rural de Carolina con 222 participantes, se

observó mayor adherencia a las normas masculinas tradicionales asociado al uso del condón ($OR= 2.10$, $IC\ 95\% = 1.02-4.33$, $p= .04$).

Síntesis. Dadas las condiciones del machismo donde al varón se le considera permitido tener otras parejas sexuales además de la conyugue, se encontró asociación entre esta creencia cultural con CSR como múltiples parejas sexuales y altos porcentajes de relacionarse con MTS, no obstante se observa asociación entre la adherencia a las normas masculinas y el uso del condón.

Conocimientos sobre VIH. Weine et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de investigar las conductas de riesgo de VIH y sus multiniveles determinantes en los trabajadores migrantes masculinos de Tayikistán a Moscú, con una muestra de 400 migrantes, encontraron que mayor conocimiento sobre el VIH/sida se asocia con la protección del VIH, el modelo de regresión mostró que el aumento de la frecuencia de uso del condón con MTS, se asoció directamente con mayor conocimiento del VIH ($\beta = .03$, $p= .012$).

Triuneh, Wasie y González (2015) en su trabajo de investigación con 756 participantes, tuvieron como propósito examinar las CSR y los factores asociados que conducen a una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH, en trabajadores migrantes estacionales en el distrito de Metema, noroeste de Etiopía. Encontraron que los encuestados que habían recibido alguna vez información sobre el VIH/sida en los pasados de seis meses eran 1.74 veces más propensos a usar condones en su última relación sexual fuera del matrimonio que los que no habían recibido ($OR = 1.74$, $IC\ 95\%$, $1.15-2.63$, $p= .009$).

Jung (2012), realizó un estudio con una muestra de 547 migrantes trabajadores con el objetivo de contribuir al establecimiento de un programa de prevención del VIH para los trabajadores migrantes. El modelo fue muy significativo ($F = 17.894$, $p<. 001$), las variables introducidas explican 30.2% de la varianza total (adj. $R^2 = .302$). Los encuestados con más conocimientos sobre el VIH/sida ($p<. 01$) o con conocidos que

tuvieron la enfermedad ($p < .01$) tenían actitudes menos discriminatorias hacia personas con VIH/sida. Hubo una ligera tendencia a la discriminación por parte de aquellos con niveles de educación más altos, pero fue marginalmente significativa ($p = .062$).

Cai et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de describir la salud sexual y reproductiva, los conocimientos, las actitudes y las conductas de riesgo relacionadas entre mujeres migrantes solteras de zonas rurales a urbanas, y examinar un modelo de predictores para reducir las CSR y la salud reproductiva, con una muestra de 944 sujetos, se encontró que los comportamientos de riesgo sexual y reproductivo fueron fuertemente predichos por las habilidades de comportamiento ($\beta = .239, p < .001$) e información ($\beta = .681, p < .001$), mientras que la motivación ($\beta = .07, p < .05$) no se asoció significativamente con la reducción de comportamientos sexuales y reproductivos de riesgo. La reducción de los comportamientos de riesgo sexual y reproductivo fue significativamente predicha por la información relacionada con la SSR ($\beta = .681, p < .001$) y habilidades conductuales ($\beta = .239, p < .001$). Motivación ($\beta = .479, p < .001$) fue el predictor indirecto importante de reducir los comportamientos sexuales y reproductivos de riesgo mediados a través de habilidades conductuales.

Caballero-Hoyos et al. (2013) tuvieron como objetivo identificar CSR de acuerdo con el tipo de pareja de migrantes jóvenes en México, el estudio fue de tipo analítico transversal con 360 parejas sexuales. Reportan tres variables que predijeron significativamente el 14% de la variabilidad (adj. $R^2 = .14$) de la puntuación de las CSR en la pareja principal ($F_{[1,217]} = 16.69, p < .01$): Haber estado expuestos a información preventiva de ITS y VIH fue asociado con las puntuaciones más bajas de CSR, pero si las relaciones sexuales ocurrían en México, las puntuaciones de CSR aumentaban.

He et al. (2012) realizaron un estudio con 1690 mujeres migrantes solteras con el propósito de evaluar en términos generales el nivel de conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con salud sexual y reproductiva (SSR) entre mujeres migrantes solteras en China. Encontraron que las encuestadas con puntuaciones de

conocimiento más bajos sobre SSR son más propensos a tener relaciones sexuales antes del matrimonio ($OR = 3.77$, $IC\ 95\% = 2.48 - 5.75$, $p < .001$).

Li et al. (2004) realizaron un estudio con el propósito de responder si existe una relación entre el movimiento rural a urbano de esta población y el aumento de riesgo de VIH/ITS, y determinar el patrón general de las CSR, encontraron asociación entre el conocimiento sobre el sida con el alto riesgo sexual ($\beta = -.107$, $t = -4.769$, $p < .001$).

Knipper et al. (2007) con el propósito de Identificar correlaciones demográficas, de comportamiento, psicológicas y socioculturales del uso del condón entre hombres adultos heterosexuales latinos que son miembros de una liga de fútbol estatal en el norte rural de Carolina con 222 participantes. Encontraron mayor conocimiento sobre transmisión y prevención de VIH asociado al uso del condón. ($OR = 2.61$, $IC\ 95\% = 1.23 - 5.54$, $p < .01$).

Síntesis. Los estudios demuestran asociación significativa entre conocimientos sobre VIH con realizar conductas protectoras para el VIH como el uso del condón cuando se tienen relaciones extramaritales incluyendo a MTS, mostraban mayor autoeficacia para sexo seguro que aquellos que poseían menores conocimientos sobre VIH. Así mismo, se encontró asociación entre mayor conocimiento sobre VIH y discriminación a personas infectadas con el virus por parte de los migrantes, sin embargo no se encontró un estudio que describiera la asociación entre conocimientos sobre VIH con discriminación social.

Los resultados de los estudios revelan que tener información sobre VIH se asocia con menos CSR. Se menciona relación positiva entre mayor conocimiento sobre transmisión y prevención sobre VIH con el uso del condón. Y otros resultados revelan que menores puntuaciones de conocimientos se relacionan con relaciones sexuales premaritales en mujeres migrantes.

Acceso a servicios de salud. Glasman, Weinhardt y Hackl (2011) realizaron una investigación con el objetivo de explorar las desventajas en el acceso para la prevención

de VIH de hombres descendiente de mexicanos en EE.UU., muestra conformada por 322. Los resultados mostraron que el 64 % han recibido intervención pasiva para prevenir VIH, el 36% ha participado en intervenciones interactivas, el 42% ha tenido una prueba de VIH. Migrantes con compañeros sexuales casuales con uso inconsistente del condón son menos propensos a haber recibido intervención pasiva e interactiva y una prueba reciente de VIH ($OR = 3.17$, $IC\ 95\% = 1.26 - 7.97$, $p < .05$).

Knipper et al. (2007) con el propósito de identificar correlaciones demográficas, de comportamiento, psicológicas y socioculturales del uso del condón entre hombres adultos heterosexuales latinos en el norte rural de Carolina con 222 participantes, encontraron que la búsqueda de información para el cuidado de la salud se asoció al uso del condón ($OR = 3.68$, $IC\ 95\% = 1.48 - 9.13$, $p < .05$).

González-Block y De la Sierra (2011) realizaron un estudio con el objetivo de proporcionar evidencia sobre la necesidad de seguro médico binacional para cubrir la atención hospitalaria por los migrantes en México. Encontraron que en la zona fronteriza de México con EE.UU. hasta 908 y 2.416 migrantes fueron ingresados (72.7%) hospitales públicos (27.3%) y privados, respectivamente, dada la falta de atención sanitaria en EE.UU. por su condición de migrantes.

Maternowska et al. (2010) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados con el uso de anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, encontraron que únicamente 20 de los 44 sujetos están afiliados al programa planificación familiar, acceso, cuidado y tratamiento y de estos únicamente el 25% utiliza preservativo.

Ojikutu et al. (2013) realizaron una investigación para identificar barreras para el acceso a pruebas de VIH en personas de raza negra de Massachusetts no nacidos en EE.UU. y se compararon con las barreras que enfrentan personas de raza negra nacidas en EE.UU. La muestra estuvo conformada por 1,060 participantes. En términos de acceso a la atención de la salud, los nacidos fuera de EE.UU. tenían menos

probabilidades de tener seguro de salud (80%) en comparación con los nacidos en EE.UU. (87%, $p = .03$) y menos probabilidades de informar haber visto a un médico en los últimos 12 meses (76%) frente a (87%, $p < .001$), respectivamente.

Síntesis. Los estudios muestran una asociación entre CSR como múltiples parejas sexuales e inconsistencia en el uso del condón con menor probabilidad de recibir intervenciones para prevenir VIH, por otra parte cuando si se tenía acceso a información para el cuidado de la salud se asociaba con el uso del condón.

Discriminación social. Liu, Yu, Wang, Zhang y Ren (2014) realizaron un estudio con una muestra de 357 hijos de migrantes, donde tuvieron como propósito examinar el impacto de la percepción de discriminación en la soledad de los niños migrantes, centrado principalmente en la confirmación del papel mediador de sentido de pertenencia. Los resultados muestran que la percepción de la discriminación estuvo positivamente correlacionada con la soledad ($r = .47$, $p < .001$) y estuvo negativamente correlacionada con el sentido de pertenencia ($r = -.51$, $p < .001$).

Bam et al. (2013) realizaron un estudio cualitativo a 32 migrantes con el objetivo de evaluar el comportamiento sexual, el estado del uso del condón y la percepción del riesgo de VIH entre los trabajadores migrantes de Dalit a India desde una región del lejano oeste de, Nepal. El estigma y la discriminación contra las personas con VIH siguen siendo común en la región del lejano oeste. A los infectados con VIH no se les proporciona cuidado y apoyo. Más bien, sus familias y comunidades los aíslan, temiendo la transmisión del VIH a través de las interacciones sociales con las personas VIH-positivas y los obligan a vivir en lugares antihigiénicos. Este estigma y la discriminación están arraigados en la comunidad Dalit y puede estar asociado con el conocimiento pobre de las vías de transmisión del VIH. La mayoría de los participantes seguían creyendo que el VIH se transmite a través de la interacción con personas infectadas de VIH. Algunos creían que la enfermedad pueda ser transmitida con sólo tocarlos.

Wong, Chang y He (2007), publicaron un artículo que describía la naturaleza y características de la vida marginada experimentada por los trabajadores migrantes. Los autores indican que en China, los beneficios de bienestar social están estrechamente vinculados con la situación de residencia propia dentro del sistema hukou. Por lo tanto, los trabajadores migrantes están excluidos en gran parte de la seguridad social y las prestaciones médicas en las ciudades urbanas por no ser residentes oficiales de esas ciudades.

Síntesis. La literatura demuestra una asociación entre discriminación y el sentido de pertenencia y soledad, por lo que se presume que cuando un migrante se siente discriminado no interactúa con otras personas, reflejándose en un aislamiento. Además se observa una asociación entre conocimientos deficientes sobre transmisión de VIH y la estigmatización y discriminación de las personas que viven con la enfermedad. Así como una marcada dificultad para acceder a servicios de salud a los migrantes por el hecho de ser discriminados por su condición social.

Indicadores de proceso.

Comunicación sexual con pareja potencial. Tang et al. (2011) realizaron un estudio con el objetivo de conocer los factores que se asocian con las relaciones sexuales prematrimoniales entre trabajadoras migrantes solteras. La muestra estuvo conformada por 5,156 participantes de tres fábricas en Shenzhen y Guangzhou, China. Se encontró que el patrón de la comunicación sexual se asoció significativamente con las relaciones sexuales prematrimoniales ($OR= 1.68$, $IC\ 95\% = 1.34 - 2.09$, $p < .05$).

Avogo y Agadjanian (2013) se plantearon el objetivo de investigar cómo las mujeres en zonas rurales de Mozambique dedican sus redes personales para hacer frente a los riesgos de infección por VIH. Se centraron en el contenido de la comunicación sobre el VIH/sida y el comportamiento de prevención. La muestra estuvo conformada por 1,680 mujeres de las cuales el 41% eran esposas de migrantes. Los resultados

muestran que las esposas de los migrantes tenían más probabilidades de conversar sobre VIH/sida que las esposas de los no migrantes 69% vs 62% ($OR = 1.41, p < .05$).

Xiao et al., (2013), realizaron un estudio con el objetivo de encontrar el efecto de mediación de la comunicación sexual en la relación entre autoeficacia para el sexo seguro y el uso del condón, en 307 hombres migrantes homosexuales activos, 376 hombres migrantes heterosexuales activos y 256 mujeres migrantes activas. La asertividad de comunicación sexual ($\beta = 0.184, SE = .066, p < .05$) se asoció significativamente con el uso del condón en los últimos tres encuentros sexuales.

Síntesis. Los estudios revelan que la comunicación sexual se relaciona con el uso del condón y a su vez influye en la mujer para tener relaciones sexuales antes del matrimonio. Se observa además que las esposas de los migrantes tienden a hablar más sobre temas relacionado al VIH en comparación con las esposas de los no migrantes.

Autoeficacia para sexo seguro. Ye et al., (2012), realizaron un estudio con una muestra de 504 mujeres migrantes, con el propósito de determinar los factores potenciales sociales, psicológicos y estructurales-ambientales que pueden influir en la motivación de MTS que migraron del área rural a la urbana y sus clientes en Shanghai, China para promover el uso consistente del condón (UCC). Las cuatro mediciones agregadas desarrolladas para la investigación, la autoeficacia para el sexo seguro, la percepción de susceptibilidad al VIH/sida, la percepción de los beneficios del uso del condón y el apoyo estructural ambiental para el UCC, se asociaron significativamente con el UCC. La tasa de UCC informó que mujeres con alta autoeficacia para el sexo seguro fue 76.6% frente 49.2% entre aquellos MTS con baja autoeficacia para sexo seguro ($OR = 3.37, IC 95\%, 2.30 - 4.94, p < .001$). La tasa de UCC entre MTS con una percepción alta de la susceptibilidad al VIH/sida (77.9%) fue significativamente superior a MTS con una percepción baja 53.7% ($OR = 3.05, IC 95\%, 2.03 - 4.57, p < .001$). MTS con una mayor percepción de beneficios del uso del preservativo, eran más propensas a

usar condones consistentemente con sus clientes con una menor percepción con (76.6%) para las que lo usan, frente a (49.2%) de las que no lo usan consistentemente, ($OR= 2.61$, $IC\ 95\%$, $1.75-3.88$, $p < .001$).

Li et al. (2004) realizaron un estudio con el propósito de responder si existe una relación entre el movimiento rural a urbano de esta población y el aumento de riesgo de VIH/ITS, así como determinar el patrón general de CSR, encontraron asociación entre la autoeficacia con el alto riesgo sexual ($\beta = -.119$, $t = - 5.409$, $p < .001$).

Knipper et al. (2007) con el propósito de identificar correlaciones demográficas, de comportamiento, psicológicas y socioculturales del uso del condón entre hombres adultos heterosexuales latinos en el norte rural de Carolina con 222 participante, se encontró que mayor autoeficacia para uso del condón se asocia al uso del condón ($OR= 4.45$, $IC\ 95\% = 2.12 - 9.36$, $p < .001$).

Xiao et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de encontrar el efecto de mediación de la comunicación sexual en la relación entre autoeficacia para el sexo seguro y el uso del condón en 307 hombres migrantes homosexuales activos, 376 hombres migrantes heterosexuales activos y 256 mujeres migrantes activas. Los modelos de análisis de ruta de mediación de los efectos para las tres muestras se presentaron de la siguiente manera, en el modelo de ruta del uso del condón en los últimos tres encuentros sexuales para la muestra de mujeres heterosexuales, autoeficacia para sexo seguro fue significativamente asociada con el uso del condón ($\beta = .192$, $SE = .056$, $p < .01$), la asertividad de la comunicación sexual ($\beta = .339$, $SE = .074$, $p < .001$), y la comunicación sobre el uso del condón ($\beta = .345$, $SE = .074$, $p < .001$). La asertividad de comunicación sexual ($\beta = .184$, $SE = .066$, $p < .05$) se asoció significativamente con el uso del condón en los últimos tres encuentros sexuales.

El modelo de ruta propuesto para uso del condón en los últimos tres encuentros sexuales produjo una chi-cuadrada significativa ($\chi^2 = 28.193$, $gl = 2$, $p < .001$). El efecto directo entre autoeficacia para el sexo seguro y el uso del condón frecuentes siguió

siendo significativa después de controlar los factores de comunicación sexuales. El efecto directo ($\beta = .192$) es menor que las correlaciones de orden cero entre la autoeficacia para el sexo seguro y el uso del condón en los últimos tres encuentros ($r = .258$). Además, el efecto estandarizado total de la autoeficacia en el uso del preservativo (.257) es igual a la suma del efecto estandarizado directo (.192) y el efecto indirecto estandarizado (.065). Por lo tanto, hay un efecto de mediación parcial de asertividad de comunicación sexual en la relación entre autoeficacia para sexo seguro y el uso del condón en los últimos tres encuentros sexuales.

En el modelo de ruta para la muestra de migrantes varones heterosexual, la autoeficacia para sexo seguro se asoció significativamente con el uso frecuente del condón en los tres últimos encuentros ($\beta = .143$, $SE = .054$, $p < .01$), la asertividad de la comunicación sexual ($\beta = .408$, $SE = .077$, $p < .001$), y la comunicación sobre el uso del condón ($\beta = .125$, $SE = .076$, $p < .05$), pero no con la comodidad con la comunicación sexual ($\beta = -.072$, $SE = .078$). Asertividad de comunicación sexual ($\beta = .159$, $SE = .038$, $p < .05$) se asoció significativamente con el uso frecuente del condón en los últimos tres encuentros. El modelo de ruta propuesta para uso del condón en los últimos tres encuentros sexuales obtuvo una chi-cuadrada significativa ($\chi^2 = 37.344$, $df = 1$, $p < .001$). Además, el efecto estandarizado total de autoeficacia en el uso del preservativo (.204) es igual a la suma del efecto estandarizado directa (.143) y el efecto indirecto estandarizado (.061). Por lo tanto, hay un efecto de mediación parcial de la asertividad de la comunicación sexual en la relación entre la autoeficacia y el uso del condón.

En el modelo de ruta para la muestra de migrantes varones homosexuales, la autoeficacia para sexo seguro se asoció significativamente con el uso frecuente del condón en los últimos tres encuentros ($\beta = .167$, $SE = .133$, $p < .01$), la asertividad de la comunicación sexual ($\beta = .111$, $SE = .076$, $p < .05$), la comunicación sobre el uso del condón ($\beta = .190$, $SE = .07$, $p < .001$) y la comodidad con la comunicación sexual

($\beta = .171$, $SE = .083$, $p < .01$). La comunicación sobre el uso del condón se asoció significativamente con el uso frecuente del condón en los últimos tres encuentros sexuales ($\beta = .188$, $SE = .132$, $p < .01$), pero la asertividad de la comunicación sexual ($\beta = -.117$, $SE = .121$) y la comodidad con la comunicación sexual ($\beta = -.076$, $SE = .089$) no fueron predictores significativos del uso del condón.

El modelo de ruta propuesta para el uso del condón en los últimos tres encuentros sexuales produjo una chi-cuadrado significativa ($\chi^2 = 7.164$, $df = 2$, $p < .05$). El efecto total estandarizada de autoeficacia en el uso del preservativo (.177) es igual a la suma del efecto estandarizado directo (.167) y el efecto indirecto estandarizado (.01). Además, el efecto directo significativo de la autoeficacia en el uso del condón ($\beta = .167$) es menor que la correlación de orden cero ($r = .177$). Por lo tanto, para esta muestra, la comunicación sobre el uso del condón mediado parcialmente el efecto de la autoeficacia en el uso del condón. Sin embargo, la asertividad tuvo una relación inversa con el uso del condón entre los hombres migrantes homosexuales.

Síntesis. Se encontró asociación negativa entre autoeficacia y alto riesgo sexual, más de un estudio muestra que tanto las mujeres migrantes como varones heterosexuales que percibían beneficios con el uso de preservativo o mayor autoeficacia con su uso, lo utilizaban consistentemente en sus relaciones sexuales.

Afrontamiento al riesgo sexual. Organista et al. (2013) en su estudio con 51 migrantes con el objetivo de explorar el contexto de la salud sexual del migrante jornalero latino (MJL) en los EE.UU., los desafíos para la salud sexual y formas de afrontamiento. Con respecto a cómo afrontan los desafíos sobre su salud sexual, reportaron utilizar condón con MTS dadas las preocupaciones sobre contraer enfermedades como VIH/ITS. El sexo sin preservativo se menciona con frecuencia en relación con intimar con su pareja al regresar a casa “Dejé [una novia] en México... [no uso protección con ella] porque sé que ella solo tiene sexo conmigo. Y ella sabe, bueno, que cuando tengo sexo con otras, soy cuidadoso.” (Organista et al., 2013, p.9).

Así mismo, otro participante del mismo estudio refirió:

Creo que quiero mantenerme seguro desde que no tengo a mi esposa, es que quiero mantener abstenido de sexo de cualquier tipo para ver si Dios me da una esposa nuevamente. Y si me voy a tener sexo con algunos homosexuales o con prostitutas y adquiero algunas enfermedades, porque hay enfermedades como la sífilis, el sida, la gonorrea y todo eso... porque en más de dos ocasiones, sí he pagado por sexo, pero con mujeres. Y eso solo con un condón sabes cómo y lo hice sólo para sentir, sabes cómo, la, la emoción, sabes cómo estar ahí con una chica pero no, esto no lo hace para mí, no lo hace por mí (Organista et al., 2013, p.9).

Los migrantes refieren encontrar parejas casuales en la calle, los salones de baile y establecimientos de bebidas o por medio de sus compañeros de trabajo, se refieren a MTS. Sus relatos sobre estos encuentros sexuales revelan un mayor esfuerzo por parte de algunos de los hombres a usar preservativos como una estrategia para reducir el riesgo sexual y mantener su salud sexual:

“No he tenido ninguna, ninguna relación sin protección aquí en EE.UU. Tuve un encuentro hace, hace como un mes, he, pero usé protección todo el tiempo porque, bueno porque todos saben que hay mucha propagación, muchos problemas con eso, todo lo que trae consigo” (Organista et al., 2013, p.9).

Li et al. (2004) realizaron un estudio con el propósito de responder si existe una relación entre el movimiento rural a urbano de esta población y el aumento de riesgo de VIH / ITS, así como determinar el patrón general de CSR, encontraron que el afrontamiento se asocia con el alto riesgo sexual ($\beta = -.061, t = - 2.492, p = .013$).

Síntesis. El estudio cualitativo revela que el afrontamiento sexual de los migrantes se basa en utilizar preservativos con parejas no estables, evitar involucrarse con personas que consideran de riesgo como HSH y MTS y recurrir a tener relaciones solo con una persona que consideren limpia como una novia. El estudio cuantitativo presenta una asociación negativa entre afrontamiento sexual con alto riesgo sexual.

Edad. Triuneh et al. (2015) con una muestra de 756 participantes tuvieron como propósito examinar las CSR y los factores asociados que conducen a una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH, entre los trabajadores migrantes estacionales en el distrito de Metema, noroeste de Etiopía. Encontraron que los encuestados con edades ($OR = 2.15$, $IC\ 95\% = 1.16 - 3.99$, $p = .015$) 20-29 y 30 años de edad y mayores ($OR = 2.51$, $IC\ 95\% = 1.1 - 5.71$, $p = .029$) eran más propensos a usar condones en su última relación sexual fuera del matrimonio que aquellos de 19 años y menores.

Rao et al. (2013) en su investigación con 4,595 inmigrantes tuvieron como objetivo determinar los factores asociados con conductas de alto riesgo en migrantes en la India. El informe de factores de riesgo para tener relaciones con MTS, de acuerdo al análisis multivariado un factor sociodemográfico significativo es la edad de los migrantes (25-29 y 30-34 años) quienes tuvieron un riesgo significativamente mayor de informes sexuales con MTS en comparación con los de edad de 24 años ($p < .001$).

Li et al. (2004) realizaron un estudio con el propósito de determinar el patrón general de las conductas de riesgo de VIH/ITS, se observó que alrededor de un tercio de la muestra tenía más de una pareja sexual en su vida con un 8%, que han tenido más de una pareja durante el mes anterior. Una pequeña proporción de los encuestados dijo que se habían dedicado a actividades sexuales comerciales (8% compraron sexo y 6% vendió el sexo). Al considerar que el 74% de los encuestados dijeron que ellos o sus parejas sexuales sabían cómo usar un condón, poca frecuencia (10%) o siempre (8%) utilizaron un condón durante las relaciones sexuales. Del mismo modo, sólo el 15% informó usar un condón durante cada una de sus tres episodios sexuales anteriores, mientras que 63% no lo utilizó. La puntuación de riesgo sexual se asoció significativamente con la edad ($r = -.13$, $p < .001$), el sexo ($r = .10$, $p < .001$).

Rojas et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las correlaciones de las conductas de riesgo para VIH de la pre-inmigración inmigrantes latinos recién llegados, se encontró que el consumo de drogas ilegales, el uso de alcohol

y otras determinantes sociales, se correlacionan con CSR en los inmigrantes latinos recientes. Entre sus hallazgos encontraron que la edad se asoció con el uso del preservativo, los participantes de más edad reportaron menos frecuencia de uso del preservativo ($\beta = -.22, p < .01$).

Síntesis. Los estudios proporcionan información acerca de asociación entre riesgo sexual con la edad, donde se observa que los migrantes en edad adulta tienen más asociación con utilizar preservativos cuando mantenían relaciones sexuales fuera del matrimonio que los migrantes menores de edad, así mismo se observa que a mayores edades mayor asociación con relacionarse con MTS.

Educación. Yang, Wu, Schimmele y Li (2015) realizaron una investigación con el propósito de examinar los conocimientos sobre el VIH entre trabajadores migrantes varones en China, con una muestra de 939 hombres migrantes del área rural a la urbana, encontraron que la educación es un factor de riesgo importante, migrantes con estudios de secundaria, nivel medio superior y superior tienen mayor conocimiento sobre el VIH en comparación con los que tienen primaria o menos, secundaria ($\beta = 1.121, IC\ 95\% = .648 - 1.593, p < .001$).

Rojas et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las correlaciones de CSR para VIH de la pre-inmigración a inmigrantes latinos recién llegados. Entre sus hallazgos encontraron que la educación se asoció con tener un mayor número de parejas ($\beta = .09, p < .01$). Los participantes que reportaron niveles más altos de educación indican más parejas sexuales.

Rao et al. (2013) en su investigación con 4595 inmigrantes tuvieron como objetivo determinar los factores asociados con conductas de alto riesgo en migrantes en la India. De acuerdo al análisis multivariado un factor sociodemográfico significativo es que los migrantes alfabetizados tenían más probabilidades de tener relaciones sexuales con MTS, en comparación con los no alfabetizados ($p < .01$).

Dille y Rakesh (2013) en una investigación con 372 migrantes, se plantearon como propósito de explorar la relación VIH/sida, con CSR de trabajadores migrantes retornados en Nepal. Encontraron que la CSR relacionada con el VIH/sida es un fenómeno dependiente que está directa e indirectamente afectado por diferentes factores como la escolaridad ($\chi^2=13.90618$, $gl = 1$, $p<.001$), El estudio reveló que el nivel de patrón sexual de riesgo para la transmisión de VIH depende de los antecedentes educativos de los participantes ($\chi^2 = 13.90$, $gl = 1$, $p<.001$).

Li et al. (2004) realizaron un estudio con el propósito de responder si existe una relación entre el movimiento rural a urbano de esta población y el aumento de riesgo de VIH/ITS, así como determinar el patrón general de CSR, encontraron que la educación se asocia con el alto riesgo sexual ($\beta = -.138$, $t = - 6.120$, $p<.001$).

Síntesis. El estudio revela una asociación positiva entre un nivel de escolaridad alto con mayor conocimiento sobre VIH. Es decir los migrantes con niveles de escolaridad primaria fueron asociados con menores conocimientos sobre VIH. Los estudios revelan un asociación positiva entre la educación con mayor probabilidades de tener relaciones con mujeres trabajadoras sexuales y en general con altos riesgos sexuales, es decir los migrantes que tenían mayor escolaridad se asociaban con involucrarse en conductas sexuales de riesgo.

Estado civil. Rao et al. (2013) en su investigación con 4,595 inmigrantes tuvieron como objetivo determinar los factores asociados con conductas de alto riesgo en migrantes en la India. El informe de factores de riesgo para tener relaciones con MTS, revela que los migrantes no casados presentaron un riesgo significativamente mayor de tener relaciones sexuales con MTS en comparación de los casados ($p<.01$).

Jung (2012) realizó un estudio con una muestra de 547 migrantes trabajadores con el objetivo de contribuir al establecimiento de un programa de prevención del VIH para los trabajadores migrantes. El análisis de regresión logística reveló que el 36% de los encuestados tenían más de una CSR. Aquellos que conocían una persona infectada

con el VIH ($OR = 2.583$) y los encuestados tailandeses ($OR = 3.007$) mostraron altas CSR, mientras estaban casados ($OR = .182$). Los hombres casados presentaron 0.182 veces menos probabilidades que los hombres solteros a participar en CSR ($p < .001$).

Li et al., (2004), realizaron un estudio con el propósito de responder si existe una relación entre el movimiento rural a urbano de esta población y el aumento de riesgo de VIH/ITS, y determinar el patrón general de las CSR, encontraron asociación entre el estado marital con el alto riesgo sexual ($\beta = -.223$, $t = -7.907$, $p < .001$).

Rojas et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las correlaciones de las conductas de riesgo para VIH con la pre-inmigración en inmigrantes latinos. En concreto, el estudio examinó cómo el consumo de drogas ilegales, el uso de alcohol y otras determinantes sociales se correlacionan influyendo en las CSR de los inmigrantes latinos recientes. Entre sus hallazgos encontraron que el estado civil se asoció con el uso del preservativo, los participantes que estaban casados/as reportaron menos frecuencia de uso del preservativo ($\beta = -.18$, $p < .01$).

Síntesis. Los estudios revelan asociación significativa con el estado marital de los migrantes y CSR, es decir, los migrantes solteros tienen mayor riesgo de recurrir a MTS o alguna otra CSR en comparación a los migrantes casados.

Objetivo General

Probar de manera empírica el modelo de transición de la conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa (COSEMI).

Objetivos Específicos

1. Identificar el efecto de las propiedades de la transición (percepción de riesgo para VIH y responsabilidad con salud sexual) sobre los facilitadores e inhibidores personales (motivos para tener sexo, machismo sexual, actitudes sexuales y conocimiento sobre VIH) y ambientales de la transición (acceso a servicios de salud y discriminación social).

2. Establecer el efecto de las propiedades de la transición (percepción de riesgo para VIH y responsabilidad con salud sexual) sobre el comportamiento sexual seguro (uso del preservativo y sexo seguro).

3. Conocer la relación que existe entre los facilitadores e inhibidores personales (motivos para tener sexo, actitud sexual, machismo sexual y conocimientos sobre VIH), con los facilitadores e inhibidores ambientales de la transición (acceso a servicios de salud y discriminación social).

4. Definir la relación existente entre los facilitadores e inhibidores personales (motivos para tener sexo, actitudes sexual, machismo sexual y conocimiento sobre VIH) y ambientales (acceso a servicios de salud y discriminación social) con los indicadores de proceso de la transición (comunicación sexual con pareja potencial, autoeficacia para sexo seguro y afrontamiento al riesgo sexual).

5. Determinar la influencia de los facilitadores e inhibidores personales (motivos para tener sexo, actitud sexual, machismo sexual y conocimientos sobre VIH) y ambientales (acceso a servicios de salud y la discriminación social) de la transición sobre el comportamiento sexual seguro (uso del preservativo y sexo seguro)

6. Identificar la influencia de los indicadores de proceso de la transición (comunicación sexual con pareja potencial, autoeficacia para sexo seguro y afrontamiento al riesgo sexual) sobre el comportamiento sexual seguro (uso del preservativo y sexo seguro).

Definición de Términos

Propiedades de la transición.

Percepción de riesgo para VIH. Es la creencia subjetiva del migrante acerca de la posibilidad de la exposición a una infección por VIH, referida por la probabilidad de infectarse o la sensación de vulnerabilidad percibida al VIH.

Responsabilidad con salud sexual. Compromiso que presenta el migrante para realizar acciones que promuevan la conservación de la salud sexual, entre ellas puede

encontrarse estar consciente de la salud sexual, tener interés y estar pendiente de ella así como realizar acciones para preservarla.

Facilitadores e inhibidores de la transición (personales).

Motivos para tener sexo. Razones referidas por los migrantes por las cuales deciden tener sexo, en ellas se encuentran los motivos: sentirse bien, intimidad y afirmación.

Sentirse bien. Razones para tener relaciones sexuales por la sensación que produce el acto sexual, por excitación o por satisfacer necesidades sexuales.

Intimidad. Razones para tener relaciones sexuales por establecer una conexión emocional y sentirse emocionalmente cerca de la pareja.

Afirmación. Razones para tener sexo por generar confianza en sí mismo, sentirse atractivo e interesante.

Actitud sexual. Creencia de tipo afectivo acerca del comportamiento sexual, del migrante, en estas se incluye la permisividad, la comunión y la mediación.

Permisividad. Es la creencia acerca de que ciertas conductas sexuales que se consideran de riesgo son aceptables como los son tener múltiples parejas sexuales, parejas ocasionales y libertinaje sexual en general.

Comunión. Se refiere a la creencia que favorece la práctica de conductas sexuales en las que se involucran sentimientos amorosos y su principal característica es la unión de dos personas con sentimientos de amor mutuo.

Mediación. Se refiere a la creencia acerca de que las relaciones sexuales es el medio para un fin determinado, por lo general obtener placer propio o de otra persona y así disfrutar físicamente del contacto sexual.

Machismo sexual. Creencia cultural en los/as migrantes que demarca la superioridad del hombre ante la mujer, adjudicándole derechos como el de tener más de una pareja sexual, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y tener sexo con trabajadoras sexuales.

Conocimiento sobre VIH. Conjunto de información con la que cuentan los migrantes sobre el VIH así como de sus medios de transmisión y prevención.

Facilitadores e inhibidores de la transición (ambientales).

Acceso a servicios de salud. Disponibilidad percibida por los migrantes para adquirir servicios de salud, tales como consultas médicas, exámenes diagnósticos e información acerca de su estado de salud.

Discriminación social. Experiencias referidas por los migrantes de su percepción acerca de haber experimentado exclusión social bajo estereotipos, estigmas y segregación.

Indicadores de proceso de la transición.

Comunicación sexual con pareja potencial. Medio verbal empleado por el migrante para expresar inquietudes y temores con la persona con la que planea tener sexo o aquella hacia la que siente atracción o interés sexual.

Autoeficacia para sexo seguro. Capacidad percibida presentada por el migrante sobre si puede realizar acciones que favorezcan una práctica sexual segura y responsable. En ellas se incluye la autoeficacia decir no, preguntar y uso del condón.

Autoeficacia para decir no. Es la capacidad percibida para decir no a las relaciones sexuales con una persona bajo diferentes circunstancias como tener poco de conocerla, no saber acerca de su historia sexual y no saber acerca de su historia de consumo de drogas.

Autoeficacia preguntar. Es la capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como el uso de drogas inyectables, relaciones sexuales del pasado y experiencias homosexuales.

Autoeficacia uso del condón. Es la capacidad percibida para adquirir condones cada que los necesite, así como de utilizarlos correctamente y cada vez que se tengan relaciones sexuales incluso aunque el migrante haya estado bebiendo alcohol o si su pareja no acepte usarlos.

Afrontamiento al riesgo sexual. Se refiere a como el migrante enfrenta situaciones de riesgo acerca de su salud sexual, las cuales pueden ser positivas o negativas como ejemplo de positiva existe el afrontamiento solución del problema y como negativa el afrontamiento evitación.

Afrontamiento solución del problema. Es aquel en el que el migrantes hace frente al riesgo sexual por medio del implemento de estrategias mentales y acciones como analizar la causa del problema, establecer planes de acción y poner en acción soluciones concretas.

Afrontamiento evitación. Es aquel en el que el migrante hace frente evadiendo el hecho de encontrarse en riesgo sexual al emplear su tiempo en actividades físicas como trabajo o deporte así como intentar olvidar el riesgo y no pensar en ello.

Indicador de resultado de la transición.

Comportamiento sexual seguro. Manera de actuar con la cual el migrante realiza prácticas sexuales seguras y responsables para conservar la salud sexual o evitar el contagio de ITS y VIH, en ellas se encuentra el uso del preservativo y el sexo seguro.

Uso del preservativo. Es la frecuencia con la que el migrante utiliza el condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginales, anales u orales, esto incluye también la frecuencia con la que el migrante porta un condón habitualmente y el uso del mismo bajo circunstancias de excitación.

Sexo seguro. Es la frecuencia con la que el migrante evita situaciones o prácticas sexuales que se consideran inseguras o de riesgo como consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el método que se utilizó para el presente trabajo de investigación, el cual incluye diseño del estudio, población muestra y muestreo, criterios de inclusión, exclusión y eliminación, mediciones, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y plan de análisis de los datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo correlacional de comprobación de modelo, esto debido a la intención de determinar que las variables propuestas dentro del mismo, son predictoras del comportamiento sexual seguro en población migrante (Grove, Burns & Gray, 2013), así mismo, se considera un estudio de tipo transversal debido a que la obtención de los datos fue en un momento específico de tiempo (Grove et al., 2013).

Población, Muestra y Muestreo

La población estuvo conformada por migrantes que se registraron en el módulo de atención para migrantes de la Diócesis de la ciudad de H. Matamoros, Tamaulipas ubicado en la central de autobuses, así como en casas de migrantes de esta misma ciudad y la ciudad de Reynosa, Tamaulipas. La muestra se constituyó de 311 migrantes, se calculó mediante el paquete estadístico nQuery Advisor, con base al número de variables independientes para un modelo de regresión lineal múltiple con 25 variables independientes, con un coeficiente de determinación medio de $r^2 = .09$, significancia de .05 y una potencia de prueba de 90%. El muestreo fue de tipo probabilístico sistemático 4x1, considerado de acuerdo a la cantidad de migrantes que se atendían mensualmente en el módulo, dividido entre la muestra $K=4$. Se seleccionaron de acuerdo a su ingreso al módulo de atención o de su número de registro de la casa de migrantes en caso de que el seleccionado no cumpliera con los criterios de inclusión el conteo reiniciaba.

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión que se consideraron fueron: a) migrantes que se registraron en el módulo de atención de la Diócesis de Matamoros o en las casas de migrantes de ambas ciudades, b) con menos de seis meses de haber cruzado la frontera norte de México o menos de 6 meses de residir en la localidad donde fueron encuestados, c) provenientes de cualquier estado de la república mexicana, así como de cualquier país extranjero, d) hombres y mujeres, e) con permiso para residir en la localidad o irregulares.

Criterios de Exclusión

Dentro de los criterios de exclusión se incluyeron: a) migrantes menores de 18 años de edad y b) migrantes que no habían iniciado aún su vida sexual. Lo anterior fue evaluado con una pregunta filtro.

Criterios de Eliminación

En este apartado se incluyó: a) migrantes diagnosticados con VIH/sida. Lo anterior se evaluó con una pregunta filtro.

Mediciones

Se realizó un par de preguntas que sirvieron como filtro para detectar que el migrante no presentara los criterios de exclusión. Estas preguntas son: ¿Es usted mayor de edad? y ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida? Las opciones de respuesta fueron SI y NO, en caso de responder NO a alguna de las dos preguntas, el migrante no se consideraba apto para participar en el estudio, además, se le preguntaba si había tenido alguna ITS o si había sido diagnosticado con VIH, en el caso de responder SI, a esta última pregunta, se procedía encuestarlo, pero al final ese participante no se consideraba dentro de la muestra (Apéndice A).

Cédula de datos sociodemográficos. La cédula de datos demográficos, incluyó sexo, edad en años cumplidos, escolaridad en años de estudio, estado civil, ingreso

económico y nacionalidad, se incluyeron las veces que ha cruzado la frontera, las veces que lo ha hecho de manera ilegal y la edad de la primera migración (Apéndice B).

Percepción de riesgo para VIH.

Escala de percepción de riesgo para VIH. Se utilizó la escala de percepción para VIH de Napper et al. (2012) se realizó una traducción y adaptación transcultural, esta escala consta de 10 ítems con diferentes escalas de respuesta en forma de likert, la cual por sugerencia del autor se compactan en escala de 4 puntos de 0 a 3. Como ejemplo de pregunta está, ¿Qué tan probable es que se pueda contagiarse con VIH? Con opciones de respuesta de 0= Muy Probable hasta 4= Probable/Muy improbable. El instrumento ha presentado buena confiabilidad con un Alpha de Cronbach de .88 (Apéndice C).

Responsabilidad con salud sexual.

Subescala de responsabilidad con salud sexual. Para esta medición se utilizó la subescala de responsabilidad con salud sexual la cual fue traducida y adaptada de la escala de conciencia sobre la salud de Hong (2009). La subescala cuenta con 7 ítems, miden la responsabilidad que tienen los migrantes con su salud sexual, las respuestas son en escala de likert de 7 puntos de 1 Muy en desacuerdo hasta 7 Muy de acuerdo. Como ejemplo de pregunta está: Soy responsable de mi Salud Sexual. La escala completa original ha reportado un Alpha de Cronbach de .85 (Apéndice D).

Motivos para tener sexo.

Escala de motivos para tener sexo. Escala de motivos para tener sexo, elaborada por Cooper et al. (1998). El instrumento fue elaborado con la finalidad de identificar los motivos por los cuales los jóvenes deciden tener sexo. Este instrumento consta de 29 reactivos que enlistan las razones por las que los jóvenes tienen relaciones sexuales. Cuenta con seis sub-escalas: sentirse bien, afirmación, intimidad, afrontamiento, aprobación de la pareja y aprobación de par. Un ejemplo de reactivo es: satisfacer necesidades sexuales y las opciones de respuesta van de 1= casi nunca/nunca hasta

5= casi siempre/siempre. La puntuación total para cada una de las sub-escalas oscila entre 5 y 25. Puntuaciones mayores indican que los jóvenes tienen mayores motivos para tener sexo. De este instrumento se consideraron las subescalas sentirse bien, intimidad y afirmación con un total de 15 ítems para el presente estudio, estas subescalas han reportado Alphas de Cronbach de .87, .90 y .87 respectivamente (Apéndice E).

Actitud sexual.

Escala de breve de actitud sexual. Se utilizó una versión traducida y adaptada al contexto cultural de la versión de Hendrick et al., (2006). Esta escala cuenta con 23 ítems divididos en 4 subescalas, permisividad, comunión, mediación y control natal, de las cuáles se consideraron solo las tres primeras. Por lo que el instrumento incluye 20 ítems con respuesta en escala de tipo likert de 5 puntos, 1= Muy de acuerdo hasta 5 Muy en desacuerdo, un ejemplo es, esta bien tener sexo casual/de ocasión. Los resultados se han analizado por medias, las cuales si son bajas representan más actitudes sexuales. Las sub escalas han presentado Alphas de Cronbach de Permisividad = .93, Comunión = .71 y Mediación .77 (Apéndice F).

Machismo sexual.

Escala de machismo sexual. Escala de machismo sexual (Sexismo) de Díaz et al. (2010). Consta de 12 ítems los cuales tienen una puntuación del 1 al 5, un ejemplo es, “que sólo el hombre tenga experiencia sexual”, las opciones de respuesta son 1) totalmente en desacuerdo, 2) en desacuerdo, 3) sin opinión, 4) de acuerdo y 5) totalmente de acuerdo. La puntuación mínima es de 12 y la máxima de 60, puntuaciones más altas indican más afinidad con el sexismo. La consistencia interna presentada es Alpha de Cronbach =.91 (Apéndice G).

Conocimientos sobre VIH.

Cuestionario de conocimientos sobre VIH. Para esta medición se utilizó el cuestionario de conocimientos sobre VIH, el cual es la versión en español del VIH-Knowledge Questionnaire (VIH-KQ-18) de Carey y Schroder (2002). Se utilizó para

medir conocimientos sobre medios de transmisión y prevención sobre VIH. Con opciones de respuesta de “Verdad, Falso y No lo sé”. Brindando un valor a cada respuesta. El análisis de cuestionario indicó que los 18 ítems, presentan correlaciones ítem-totales que van desde .24 hasta .57. Un ejemplo de pregunta es “El toser o estornudar NO disemina el contagio de VIH”. El instrumento cuenta con consistencia interna de .75 - .89, un test-retest donde la mayoría de los intervalos oscilo ente ($r_s = .76-0.94$). Se considera que el VIH-KQ-18 es internamente consistente, estable y adecuado para su uso con poblaciones de bajo nivel de alfabetización (Apéndice H).

Acceso a servicios de salud.

Escala de calidad del servicio de centros de atención secundaria de salud (CCAS). Subescala de accesibilidad. La CCAS elaborada por Torres & Lastra (2008), fue construida con el objetivo de proponer una escala con suficiente fiabilidad, validez y dimensionalidad, que permita medir la calidad del servicio de atención de salud, se realizó un análisis factorial exploratorio y de las dimensiones resultantes la escala quedó compuesta por 29 ítems agrupados en dimensiones de confiabilidad, empatía, capacidad de respuesta, accesibilidad y tangibles. Para este estudio se utilizó únicamente un subescala “accesibilidad” que contiene 5 ítems con respuestas en escala de likert de 7 puntos, desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, la subescala cuenta con Alpha de Cronbach de .80 y una validez de constructo de .74 (Apéndice I).

Discriminación social.

Escala de discriminación social experimentada. Escala elaborada por Sulmont, (2005) adaptada del Detroit Area Study, mide la discriminación experimentada. Cuenta con 8 ítems con respuesta en escala de likert que va desde 1= Siempre hasta 5= Nunca. Como ejemplo de pregunta “Usted es tratado con menos respeto que otras personas”. El puntaje mínimo de la escala es de 8 y representa a aquellas personas que han experimentado siempre todas las situaciones de discriminación expresadas en los ítems. El puntaje máximo es 40 y representa a quienes nunca han experimentado alguna de

estas situaciones de discriminación. Se probó en 1,520 participantes, se obtuvo un Alpha de Cronbach de .81 (Apéndice J).

Comunicación sexual con pareja potencial.

Cuestionario de comportamiento de sexo seguro. Subescala comunicación con parejas. Para esta variable se utilizó una versión traducida y adaptada de la subescala comunicación sexual con parejas potenciales del safe sexual behavior questionnaire (SSBQ) DiIorio et al., (1992). Este instrumento consta de 24 preguntas sobre comportamiento sexual, se pide a los participantes que respondan de acuerdo con la frecuencia que se dedican a estos comportamientos, utilizando una escala likert con las siguientes opciones: 1= Nunca, 2= A veces, 3= La mayor parte del tiempo o 4= Siempre. Dentro del SSBQ se puede identificar la subescala comunicación social la cual incluye los ítems 4, 6, 8, 11, 12, 16, 20 y 21.

El SSBQ fue diseñado para medir la frecuencia de uso de las prácticas de sexo seguro y se ha evaluado la validez de contenido, la fiabilidad y la validez de constructo a través de una serie de pruebas entre las cuales los Alphas de Cronbach han oscilado entre .86 y .91. Este instrumento puede explorar las tendencias de género y cultura de diversas poblaciones (Apéndice K).

Autoeficacia para sexo seguro.

Escala de autoeficacia para prevenir el sida. Esta variable fue medida a través de la escala de autoeficacia para prevenir el sida (SEA-27) de López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001). Adaptada para adolescentes mexicanos de la self-efficacy scale for aids de Kasen, Vaughan y Walter. Esta escala mide la autoeficacia sexual para prevenir el sida en cuatro aspectos: 1) capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, 2) capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo 3) capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón y 4) capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres. Contiene 27

reactivos, un ejemplo de reactivo es, ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales? Las respuestas están en escala tipo likert que va de 1 a 5, donde 1= nada seguro, 2= algo seguro, 3= medio seguro, 4= muy seguro y 5= total seguro, con puntuación total en un rango de 27 a 135, puntajes altos indican mayores niveles de autoeficacia.

Presenta buena validez discriminativa y una estructura tetradimensional, definida por una técnica de rotación ortogonal (Varimax): a) el primer factor comprende 11 elementos que estiman la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias. Explica el 25.82% de la varianza total y presenta un Alpha de Cronbach de .92; b) el segundo factor comprende 8 elementos referentes al uso del preservativo. Explica el 14.29% de la varianza total, con Alpha de Cronbach de .75; c) el tercer factor comprende cuatro elementos sobre el matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres. Explica el 9.6% de la varianza y tiene un Alpha de Cronbach de .75; d) por último el cuarto factor está compuesto por cuatro elementos sobre la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo. Explica el 8.7% de la varianza total y tiene un Alpha de Cronbach de .80. Cabe mencionar que de este instrumento sólo se utilizaron tres factores con un total de 23 ítems. Este instrumento ha reportado un de Alpha de Cronbach de .91 (Apéndice L).

Afrontamiento al riesgo sexual.

Escala de afrontamiento al riesgo sexual. Esta variable fue medida con una modificación al contexto sexual del cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE). Elaborada por Sandín y Chorot (2003) este instrumento evalúa diversos estilos de afrontamiento por medio de 7 subescalas de 6 ítems cada una, las respuestas son en escala de likert de 5 puntos donde 0= Nunca, 1= Pocas veces, 2= A veces, 3= Frecuentemente y 4= Casi siempre. Para este estudio únicamente se incluirán dos subescalas, focalizando en la solución del problema y evitación, de acuerdo a la revisión

de la literatura, estas escalas presentan un Alpha de Cronbach de .85 y .76 respectivamente (Apéndice M).

Comportamiento sexual seguro.

Cuestionario de Comportamiento de Sexo Seguro. Para esta variable se utilizó una versión traducida y adaptada de las subescalas uso del preservativo y sexo seguro del safe sexual behavior questionnaire (SSBQ) de DiIorio et al., (1992). Este instrumento consta de 24 preguntas sobre comportamiento sexual, se pide a los participantes que respondan de acuerdo con la frecuencia que se dedican a estos comportamientos, utilizando una escala likert con las siguientes opciones: 1 = Nunca, 2 = A veces, 3 = La mayor parte del tiempo o 4 = Siempre. Esta escala incluye los ítems 1,2, 3, 5, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 22 y 23, el (SSBQ) fue diseñado para medir la frecuencia de uso de las prácticas de sexo seguro y ha reportado Alphas de Cronbach de .91 (Apéndice N).

Procedimiento de Recolección de Datos

Para el presente trabajo de investigación fue necesario contar con la autorización de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-UANL). Una vez obtenida la autorización, se acudió al módulo de atención de migrantes de la Diócesis de Matamoros, así como a las casas de migrantes para presentarse con las personas responsables del módulo, a quienes se le presentó un oficio expedido por la FAEN para solicitar el acceso a las instalaciones, una vez aceptado el ingreso se le informó a los responsables acerca de quiénes eran los encargados de coleccionar la información, y se establecieron a su vez días y horarios en los que se llevó a cabo el procedimiento, al igual que un espacio privado con las condiciones adecuadas.

Una vez establecidos días, horarios y espacio, se acudió al módulo y casas de migrantes, y se prepararon los materiales necesarios para llevar a cabo la recolección, se cuidó que en el espacio privado no existiera ruido que pudiera interferir con la

recolección. Previamente se capacitó a colaboradores para el proyecto, quienes tuvieron diversas funciones, dos personas se encargaron de apoyar en la aplicación de los instrumentos y otro de llevar el control de los migrantes que ingresaban el módulo o la casa de migrantes según fuera el caso, como se mencionó anteriormente, fueron seleccionados de manera aleatoria, 1 de cada 4 que se registraron a su ingreso al módulo o las casas, se comenzó por el segundo migrante en la lista de registro y posteriormente cada 4, cabe mencionar que los migrantes hacían líneas para ser atendidos y esto facilitó tanto el conteo como el registro de los mismos. El colaborador contaba con una copia de la hoja de registro en la cual cotejaba la existencia del migrante registrado y por medio de la cual llevaba a cabo el muestreo aleatorio y sistemático, si no cumplía con los criterios de inclusión el conteo reiniciaba.

En cambio si el migrante cumplía con los criterios de inclusión se le invitaba a participar de la forma más amable posible en el proyecto, si el migrante no aceptaba se le daban las gracias y continuaba el colaborador con el procedimiento. Si el migrante si aceptaba participar en el proyecto, se le indicaba que pasara al área asignada donde se encontraban los otros colaboradores. Dentro del área se verificaba que el migrante no presentara los criterios de exclusión, en caso de presentarlos se le agradecía y se le explicaba de forma amable que no era apto para participar en el proyecto. Si el migrante no presentaba los criterios de exclusión, era referido con otro de los colaboradores quien procedía a presentarse y explicar que todo el proceso era parte de una investigación para tesis doctoral de enfermería, así como el objetivo, los riesgos y beneficios del estudio y la participación anónima y voluntaria de todos los participantes, además se le comunicaba que la información sería manejada con confidencialidad, únicamente identificada por un número de folio, al cual sólo el investigador principal tendría acceso y no sería divulgada.

Posteriormente, se le brindaba un consentimiento informado (Apéndice O), el cual se leía y explicaba, en caso de no entender completamente la información que

contenía, se hacía hincapié en la participación voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento si así lo deseaba sin represalia alguna. Una vez firmado el consentimiento, se les brindaba un cuadernillo de respuestas con escalas visuales análogas (Apéndice P) para la mejor comprensión de las preguntas, posteriormente se procedía a recolectar la información, primero de la cédula de datos sociodemográficos y después el resto de los instrumentos en orden de acuerdo al COSEMI. Los instrumentos fueron capturados de manera electrónica usando el programa Qualtrics con una aplicación offline para Android descargada en una tablet (Apéndice Q), la cual evita omisiones en las respuestas, la tablet almacenaba las encuestas hasta cargarlas en la plataforma de Qualtrics en línea, durante este periodo nadie podía acceder a las respuestas salvo el investigador principal, quien tenía acceso a la cuenta en línea por medio de una contraseña, similar a una cuenta personal de email, por lo que las respuestas estuvieron completamente seguras, una vez cargadas las encuestas en la plataforma, se descargaron a una computadora en el formato de Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para su posterior análisis.

Consideraciones Éticas

Este trabajo se guio con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, (1987), el cual ha establecido los lineamientos y principios a los cuales debe someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. Para este estudio se tomó en cuenta el título segundo, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Para dar cumplimiento al Capítulo I Artículo 13, se consideró que prevaleciera el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los sujetos de estudio (desde ahora denominado como migrantes) que deseen aceptar ser parte del proyecto de investigación, el respeto a la dignidad del migrante, se llevó acabo dando igualdad de derechos en la participación del proyecto sin ser discriminados bajo ninguna condición; para la protección de los derechos, se tomaron en cuenta derechos del migrante como el de acceso a la

información en caso de solicitarla, a requerir explicaciones o traducciones, a la protección de él o su información, a preservar su salud, a ser alojado en condiciones dignas antes, durante y después de los instrumentos y a la comunicación necesaria.

De acuerdo al Artículo 14 se contó con el consentimiento informado y por escrito de los migrantes que participaron en la investigación, conforme a los Artículo 20 al 22, se dio a entender por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el migrante autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometería, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. El consentimiento informado reunió el requisito de ser revisado y aprobado por la Comisión de Ética de la FAEN e indicó los nombres de dos testigos que avalaron la participación del migrante.

Para que el consentimiento informado se considerara existente, el migrante recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pudo comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: a) la justificación y los objetivos de la investigación, b) los procedimientos que se usaron y su propósito, c) las molestias o los riesgos esperados, d) los beneficios que puedan observarse, e) la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación f) la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios, g) la seguridad de que no se le identificó y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y h) el compromiso de que se le proporcionaría información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del migrante para continuar participando.

En continuidad con el Artículo 14, 1) la investigación fue realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del migrante; se evitó que se sintiera señalado, ofendido o avergonzado, al solicitarle

participar en el estudio y se le brindó un lugar que le diera confianza y seguridad para responder adecuadamente. 2) la investigación contó con el dictamen favorable de las comisiones de ética e investigación requeridas, como ya se mencionó, y 3) se llevó a cabo cuando se tuvo la autorización del titular del módulo de atención o las casas de migrantes donde se implementó.

Para dar cumplimiento al Artículo 16, se protegió la privacidad del migrante, identificándolo sólo cuando los resultados lo requirieron y este lo autorizara. En cuanto al Artículo 17, se consideró como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el migrante sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, clasificando esta investigación como investigación con riesgo mínimo. Dado que si en determinado momento el migrante entraba en crisis nerviosa o de ansiedad, se contaba con el apoyo del personal colaborador para auxiliarlo o en caso de requerir asistencia médica se contaba con el personal médico encargado. Respecto al Artículo 18, el investigador principal suspendería la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del migrante en quien se realizaba la investigación, así mismo, sería suspendida de inmediato cuando el migrante así lo manifestara.

Plan de Análisis de los Datos

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 20.0, se utilizó estadística descriptiva e inferencial, dentro de la estadística descriptiva se calcularon frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y varianza). Una vez realizada la estadística descriptiva, se observó que en la muestra existían algunos valores atípicos, por lo que por medio de empleo de mediciones intercuartiles, se procedió a eliminar los datos que se consideraron con valores atípicos extremos, por lo que al final la muestra se constituyó por 301 participantes. Posteriormente se volvió a realizar los análisis descriptivos antes mencionados. Así mismo, se realizó un análisis psicométrico de los instrumentos en donde se probó la validez de constructo de los mismos por medio de

análisis factoriales para verificar la carga de los ítems y compararla con los instrumentos originales y posteriormente la consistencia interna de los instrumentos por medio de Alpha de Cronbach para verificar la confiabilidad de cada instrumento y subescalas.

Posterior al análisis psicométrico de los instrumentos, se procedió a construir índices, es decir, se procedió a transformar tanto las covariables del modelo como las variables dependientes, en medidas con valores entre 0 y 100 esto con el fin de medir las diferencias en la magnitud de las variables relacionadas y para ajustarlas a un análisis de regresión lineal. Se seleccionó este tipo de análisis estadístico con base en la naturaleza de las variables dependientes, así como a los objetivos tanto general como específicos, los cuales pretenden conocer las relaciones conceptuales del modelo, y se intenta encontrar valores predictivos de unas variables sobre otras.

Una vez transformadas las variables en índices, se procedió a realizar el análisis inferencial, para el objetivo general, el cual fue probar de manera empírica el modelo COSEMI se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple multivariado, por medio de un modelo lineal generalizado, primero se realizó un análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks, el cual permite verificar que covariables no representan significancia estadística dentro del modelo y al eliminarlas gradualmente el modelo conserva las variables predictivas. Una vez contenidas la covariables significativas se procedió a realizar el análisis de regresión lineal con corrección bootstrap.

De igual forma que en objetivo general, para el primer y objetivo específico, el cual fue identificar el efecto de las propiedades sobre los facilitadores e inhibidores de la transición, se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple multivariado, por medio de un modelo lineal generalizado, primero se realizó un análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks y posterior el análisis de regresión con las variables significativas, se utilizó muestreo bootstrap. Para el segundo objetivo específico, el cual plantea establecer el efecto de las propiedades sobre el comportamiento sexual seguro, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple multivariado por medio de un modelo

lineal generalizado, igual que en el caso anterior se realizó un análisis discriminante de las covariables no significativas de modelo y posterior el análisis de regresión con corrección bootstrap.

Para el tercer objetivo específico, el cual fue conocer la relación que existe entre los facilitadores e inhibidores personales y ambientales de la transición, se utilizó la prueba de Kolmogorov- Smirnov para verificar normalidad de las variables, posteriormente se utilizó un análisis de correlación con el coeficiente de Spearman. Para el cuarto objetivo específico, el cual fue definir la relación existente entre los facilitadores e inhibidores con los indicadores de proceso de la transición, se realizó una análisis discriminante y posteriormente un análisis de regresión lineal múltiple multivariado con un modelo lineal generalizado con corrección bootstrap. Para los objetivos quinto y sexto, los cuales se plantean determinar la influencia de los facilitadores e inhibidores e identificar la influencia de los indicadores de proceso de la transición, ambos sobre el comportamiento sexual seguro, respectivamente, se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple multivariado, por medio de un modelo lineal generalizado, en el cual se utilizó un análisis discriminante para eliminar las variables no significativas y para las restantes se aplicó el análisis de regresión con corrección bootstrap.

Cabe mencionar que en todos los objetivos, además de las variables del COSEMI, se utilizaron las variables controladas. Esto se realizó con base en los estudios relacionados encontrados que reportaron influencia de estas variables sobre el comportamiento sexual y en el caso de los objetivos en los que se analizaron las relaciones internas del modelo, se realizó con fines exploratorios.

Capítulo III

Resultados

A continuación se presenta el análisis de los datos del estudio, se inicia con estadística descriptiva en la cual se presentan medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias de las variables sociodemográficas, migratorias y de carácter sexual, así mismo se realizaron medidas de tendencia central y dispersión de las variables incluidas en el modelo. Posteriormente se realizó un análisis psicométrico de los instrumentos, el cual incluyó análisis factoriales y de consistencia interna para instrumento y subescalas.

Consecutivamente del análisis psicométrico, se realizó estadística inferencial, donde se aplicó la prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors a las variables del modelo y las controladas. Posterior a la prueba de normalidad se procedió a realizar el análisis de correlación con el Coeficiente de Spearman entre las variables controladas con las incluidas en el modelo para verificar asociaciones. De manera consecutiva, se procedió a dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos, por medio de un análisis de regresión lineal, previo a éste se realizó correlación con el Coeficiente de Spearman, salvo en el objetivo específico tres al cual únicamente se comprobó con el análisis de correlación. Para el resto de los objetivos específicos así como del objetivo general, se realizaron regresiones lineales múltiples multivariadas por medio de un modelo lineal generalizado para verificar el efecto de las covariables en conjunto con las variables controladas sobre las variables dependientes según cada caso, estos análisis fueron realizados con corrección bootstrap.

Estadística Descriptiva

En primer lugar se presentan las medidas de tendencia central y dispersión de las variables sociodemográficas, se observa que la media de edad se situó por encima de los 30 años, lo que indica una edad promedio de adultos jóvenes ($M = 33.43$, $DE = 10.06$),

la escolaridad obtuvo una media por encima de los ocho años de estudio, lo que indica que el promedio de escolaridad es de secundaria incompleta ($M = 8.09$, $DE = 3.56$), así mismo, el ingreso económico promedio poco mayor a 200 pesos mexicanos, donde muchos no contaban con ingreso económico alguno ($M = 223.06$, $DE = 739.52$) (Tabla 1).

Tabla 1

Medidas de tendencia central y dispersión de variables sociodemográficas

Variable	Media	Mdn	DE	Varianza	Min	Max
Edad	33.43	32	10.06	101.39	18	65
Escolaridad	8.09	9	3.56	12.70	0	16
Ingreso económico	223.06	0	739.52	546895.68	0	5600

Nota: $n = 301$; Mdn = Mediana; DE = Desviación Estándar

De acuerdo con el análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, el sexo masculino fue el predominante (88.4%), estos resultados son diferentes a los reportados por las medias de los estados fronterizos en general pues que hasta el primer trimestre del 2016, pertenecían al sexo masculino el 68.9% y la media de edad en general fue de 39.5 años. Poco menos de la mitad refirieron ser solteros (45.5%), sin embargo cabe mencionar que la proporción de participantes que refirieron ser casados o vivir en unión libre representan un porcentaje muy similar al de los solteros (44.9%) y por último el (82.7%) refirieron ser de nacionalidad mexicana (Tabla 2).

Tabla 2

Frecuencias de variables sociodemográficas

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Femenino	35	11.6
Masculino	266	88.4
Estado Civil		
Soltero(a)	137	45.5
Casado(a)	71	23.6
Divorciado(a)	26	8.6
Viudo(a)	3	1.0
Unión libre	64	21.3
Nacionalidad		
Mexicana	249	82.7
Extranjera	52	17.3

Nota: n= 301

Respecto a las variables migratorias, la edad de la primera migración presentó un promedio cercano a los 22 años, lo cual indica que son los adultos jóvenes el principal grupo de edad migratorio en esta muestra ($M = 22.45$, $DE = 9.48$), las veces que ha cruzado la frontera obtuvo un promedio superior a dos veces, lo cual fue muy similar respecto a las veces que lo han hecho de manera ilegal ($M = 2.74$, $DE = 5.24$) y ($M = 2.61$, $DE = 5.61$) respectivamente, esto indica que la mayoría de las veces que un migrante cruza la frontera lo hace de manera irregular (Tabla 3).

Tabla 3

Medidas de tendencia central y dispersión de variables migratoria

Variable	Media	Mdn	DE	Varianza	Min	Max
Edad de la primera migración	22.45	20	9.48	89.88	0	57
Veces que ha cruzado la frontera	2.74	2	5.24	27.46	0	50
Veces que ha cruzado la frontera, ilegal	2.61	2	5.61	26.78	0	50

Nota: n= 301; Mdn= Mediana; DE= Desviación Estándar;

Respecto a las frecuencias de las variables migratorias (Tabla 4), de acuerdo a la región nacional de procedencia el 37.6% eran provenientes de la región sur de México, donde destacan los estados de Oaxaca y Guerrero, así mismo, de los procedentes del extranjero, Honduras ocupó el primer lugar (11.0 %).

Tabla 4

Frecuencias de variables migratorias

	f	%
Región nacional de procedencia*		
Norte de México	22	8.8
Centro de México	134	53.8
Sur de México	93	37.3

Nota: *n= 249; **n= 52

(continúa)

Tabla 4

Frecuencias de variables migratorias (Continuación)

	<i>f</i>	<i>%</i>
Procedencia extranjera **		
Guatemala	8	2.7
Honduras	33	11.0
Nicaragua	1	0.3
Panamá	1	0.3
Salvador	9	3.0

Nota: *n= 249; **n= 52

Respecto a las variables de carácter sexual, el inicio la vida sexual presentó una edad promedio apenas por debajo de los 16 años ($M = 15.79$, $DE = 2.83$), de acuerdo al número de parejas sexuales los participantes refirieron haber tenido desde 1 hasta 100 con un promedio de 10.74 ($DE = 16.13$) y respecto al número de parejas sexuales en los últimos seis meses, el promedio fue de 1 ($DE = 1.54$), lo que indica que es probable que en algunos casos este encuentro sexual sucedió durante la migración (Tabla 5).

Tabla 5

Medidas de tendencia central y dispersión de variables de carácter sexual

Variable	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Varianza</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Inicio de vida sexual activa	15.79	16	2.83	8.01	7	26
Número de parejas sexuales	10.74	5	16.13	260.10	1	100
Parejas sexuales en los últimos 6 meses	1	10	1.42	2.02	0	10

Nota: n= 301; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación Estándar

Respecto a las frecuencias de las variables de carácter sexual y de riesgo, se les cuestionó a los participantes si habían consumido droga alguna vez en la vida, y más de la mitad respondió afirmativamente (53.5%), donde predominó el consumo de marihuana con el 35.5% del total de los consumidores, por otro lado, cerca del total de los participantes refirió nunca haber usado drogas inyectables y nunca haber compartido jeringas usadas (98.7%) y (99%) respectivamente

Respecto a tener pareja estable en su lugar de procedencia, el 60.8% refirió que no, mientras que al cuestionárseles acerca de haber tenido parejas ocasional durante su migración o en EE.UU. el 43.4% respondió afirmativamente, no obstante la mayoría mencionó no haber tenido una ITS (91%) (Tabla 6).

Tabla 6

Frecuencias de variables de carácter sexual y de riesgo

	<i>f</i>	<i>%</i>
Ha consumido droga ilícita		
Sí	161	53.5
Cocaína	102	33.9
Marihuana	107	35.5
Solventes	9	3.0
Crack	16	5.3
Otras drogas	14	4.7
No	140	46.5
Ha usado drogas inyectables		
Si	4	1.3
No	297	98.7

Nota: n= 301

(continúa)

Tabla 6

Frecuencias de variables de carácter sexual y de riesgo (Continuación)

	<i>f</i>	<i>%</i>
Ha compartido jeringas usadas		
Si	3	1.0
No	298	99.0
Pareja estable en lugar de procedencia		
Si	118	39.2
No	183	60.8
Ha tenido parejas ocasionales en Estados Unidos o mientras migraba		
Si	126	41.9
No	175	58.1
Ha tenido infecciones de transmisión sexual		
Si	27	9.0
No	274	91.0

Nota: n= 301

Estadísticos descriptivos de las variables del modelo COSEMI. A

continuación se presentan las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables incluidas en el modelo COSEMI, dentro de las variables independientes referentes a las propiedades de la migración, se observa que la percepción de riesgo para VIH presentó una media menor de 50 lo que indica que en términos generales los participantes tienen un baja percepción de riesgo para VIH ($M = 41.46$, $DE = 19.04$), por el contrario en la responsabilidad con salud sexual, los participantes obtuvieron una media mayor a 80, lo que indica una buena responsabilidad con su salud sexual ($M = 86.70$, $DE = 14.56$) los detalles se presentan en seguida (Tabla 7).

Tabla 7

Medidas de tendencia central y dispersión de propiedades de la migración

Variable	Media	Mdn	DE	Varianza	Min	Max
Percepción de riesgo para VIH	41.46	40.00	19.04	362.89	0.00	90
Responsabilidad con salud sexual	86.70	88.09	14.56	212.22	4.76	100

Nota: n= 301; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación Estándar

Así mismo, para las variables contenidas en el constructo de los facilitadores e inhibidores, en el caso de los motivos para tener sexo, sentirse bien obtuvo una media de ($M = 53.56$, $DE = 30.97$), intimidad ($M = 69.85$, $DE = 31.65$) y afirmación ($M = 46.34$, $DE = 34.31$), lo cual indica que en general el principal motivo por el cual los migrantes tienen sexo es por la intimidad, seguido del motivo sentirse bien y por último el motivo afirmación. Respecto a la actitud sexual, es la permisividad la que presenta una media más alta mayor de 60, esto indica una menor actitud sexual permisiva en los participantes ($M = 63.31$, $DE = 24.11$), seguido de la actitud sexual mediación ($M = 51.12$, $DE = 28.79$) y por último la comunión ($M = 25.68$, $DE = 23.35$).

El machismo sexual presentó una media de 24.18 ($DE = 17.47$), lo cual indica que en general los migrantes presentan menor machismo sexual, de acuerdo a los conocimientos sobre VIH la media se presentó por encima del 50, lo que indica que un promedio neutro de conocimientos sobre VIH ($M = 54.90$, $DE = 20.02$), respecto al acceso a servicios de salud la media resultante fue baja lo que indica un bajo acceso a servicios de salud ($M = 30.12$, $DE = 34.48$) y en cuanto a la discriminación social, la

media estuvo por encima de 70 lo que indica una baja discriminación percibida por los participantes ($M = 75.31$, $DE = 23.07$) (Tabla 8).

Tabla 8

Medidas de tendencia central y dispersión de facilitadores e inhibidores

Variable	Media	Mdn	DE	Varianza	Min	Max
Motivos para tener sexo						
Sentirse bien	50.56	50.00	30.97	959.51	0.00	100
Intimidad	69.85	75.00	31.65	1001.72	0.00	100
Afirmación	46.34	45.00	34.31	1177.43	0.00	100
Actitud sexual						
Permisividad	63.31	65.00	24.11	581.54	7.50	100
Comunión	25.68	20.00	23.35	545.61	0.00	100
Mediación	51.12	50.00	28.79	829.38	0.00	100
Machismo sexual	24.18	22.91	17.47	305.40	0.00	100
Conocimientos sobre VIH	54.90	55.55	20.02	400.91	0.00	94
Acceso a servicios de salud	30.12	13.33	34.48	1189.28	0.00	100
Discriminación social	75.31	78.12	23.07	532.32	0.00	100

Nota: $n = 301$; Mdn = Mediana; DE = Desviación Estándar

Respecto a las variables contenidas en los indicadores de proceso la comunicación sexual con pareja potencial presentó una media de cercana a 60 lo que indica una mayor comunicación sexual con las parejas potenciales de los participantes ($M = 60.32$, $DE = 22.54$), con respecto a la autoeficacia para prevenir sexos seguro, en el caso de la autoeficacia preguntar ésta obtuvo la media más alta arriba de 70, lo que indica mayor grado de esta autoeficacia ($M = 74.39$, $DE = 29.53$), y para uso del condón y decir no ($M = 67.09$, $DE = 26.04$) y ($M = 62.47$, $DE = 27.89$) respectivamente.

Respecto al afrontamiento al riesgo sexual, el afrontamiento solución del problema obtuvo una media elevada (Tabla 9), lo que indica mayor afrontamiento de este tipo por parte de los participantes ($M= 83.99$, $DE= 22.34$) y el afrontamiento evitación a su vez presentó una media alta que indica menor uso de este afrontamiento respecto al anterior ($M= 70.86$, $DE= 31.49$).

Tabla 9

Medidas de tendencia central y dispersión de indicadores de proceso

Variable	Media	Mdn	DE	Varianza	Min	Max
Comunicación S.P.P.	60.32	58.33	22.54	508.39	0.00	100
Autoeficacia S.S.						
Decir no	62.47	63.63	27.89	778.18	0.00	100
Preguntar	74.39	75.00	29.53	872.42	0.00	100
Uso del condón	67.09	71.87	26.04	678.28	0.00	100
Afrontamiento R.S.						
Solución del problema	83.99	95.83	22.34	499.44	0.00	100
Evitación	70.86	83.33	31.49	991.78	0.00	100

Nota: $n= 301$; $Mdn=$ Mediana; $DE=$ Desviación Estándar; Comunicación S.P.P.= Comunicación sexual con pareja potencial; Autoeficacia S.S.= Autoeficacia para sexo seguro; Afrontamiento R.S.= Afrontamiento al riesgo sexual

Por último las variables dependientes de comportamiento sexual seguro presentaron medias por encima de 60 en ambos casos, uso del preservativo ($M= 64.57$, $DE = 21.71$) y sexo seguro ($M= 79.06$, $DE = 14.87$) lo cual indica mayor comportamiento sexual seguro en ambos casos (Tabla 10).

Tabla 10

Medidas de tendencia central y dispersión de variables resultado

Variable	Media	Mdn	DE	Varianza	Min	Max
Comportamiento sexual seguro						
Uso del preservativo	64.57	66.66	21.71	471.71	12.50	100
Sexo seguro	79.06	79.16	14.87	221.34	33.33	100

Nota: n= 301; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación Estándar

Propiedades Psicométricas de los Instrumentos

Análisis factorial confirmatorio. Todos los instrumentos con subescalas fueron sometidos a ser validados por medio de análisis factorial confirmatorio con rotación varimax para verificar la carga de los ítems y la pertinencia con las escalas originales, con el objetivo de obtener validez de constructo, así mismo, se realizó análisis de consistencia interna para todos los instrumentos y sus subescalas por medio del Alpha de Cronbach, cabe mencionar que todos los ítems de las escalas fueron utilizados independientemente de las puntuaciones obtenidas dentro del análisis factorial, estos resultados se presentan posterior a los resultados de los análisis factoriales confirmatorios.

Motivos para tener sexo. Para este instrumento se extrajeron tres factores fijos que corresponden a las tres subescalas del instrumento: sentirse bien, intimidad y afirmación. En la siguiente tabla, se observa que los factores se cargan de acuerdo al orden de la subescala original, el primer factor explica el 26.54% del total de la varianza, el segundo el 24.56% y el tercero el 23.18%, con un total de varianza explicada de 74.30%, esto confirma que este instrumento presenta validez de constructo (Tabla 11).

Tabla 11

Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala motivos para tener sexo

Ítem	Intimidad	Sentirse bien	Afirmación	Extracción
3.9 Más cercanía con la pareja	.914	.066	.134	.857
3.10 Sentirse emocionalmente cerca	.889	.118	.205	.845
3.8 Establecer una conexión emocional	.873	.106	.081	.803
3.7 Expresar amor	.873	.116	.165	.781
3.6 Relación más íntima con mi pareja	.813	.175	.015	.692
3.4 Por sensación	.146	.858	.180	.790
3.3 Excitación	.159	.848	.164	.771
3.2 Se siente bien	.155	.790	.190	.684
3.1 Sentirse cachondo	-.015	.739	.190	.582
3.5 Satisfacer necesidades sexuales	.138	.695	.188	.537
3.15 Calmar mis deseos*	.103	.564	.541	.622
3.13 Sentirse interesante	.102	.197	.885	.833
3.12 Sentirse mejor consigo mismo	.160	.242	.867	.837
3.14 Sentir más confianza consigo mismo	.147	.213	.867	.818
3.11 Probar que soy atractivo	.116	.210	.799	.695
% varianza	26.54	24.56	23.18	
% acumulado	26.54	51.11	74.30	

Nota: n= 301; * ítem cargado en una segunda subescala además de la original

Escala breve de actitud sexual. Para esta escala se realizó la extracción con tres factores fijos correspondientes a las tres subescalas que se utilizaron: permisividad, comunión y mediación. En la siguiente tabla se observa que los factores muestran una carga de acuerdo al orden de la subescala original con unas ligeras variaciones, en el

caso del ítem “el sexo es la forma más cercana de comunicación entre dos personas”, éste se carga con los ítems de la subescala mediación, sin embargo pertenece a la subescala comunión. En este análisis el primer factor explica el 18.57% del total de la varianza, el segundo factor explica el 14.0 % del total de la varianza y el tercer factor explica el 11.22% del total de la varianza (Tabla 12).

Tabla 12

Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala breve de actitud sexual

Ítems	Permisividad	Mediación	Comunión	Extracción
4.5 Está bien mantener relaciones sexuales con más de una persona a la vez	.726	.032	-.004	.529
4.3 Me gustaría tener sexo con muchas parejas	.671	.105	.187	.496
4.2 Está bien tener sexo casual/de ocasión	.670	.213	-.021	.495
4.7 El mejor sexo es sin compromiso	.617	.088	.027	.389
4.4 Encuentros de una sola noche son a veces muy placenteros	.596	.308	.049	.453
4.9 Es posible disfrutar el sexo con una persona y que esa persona no te guste mucho	.541	.072	.038	.299

Nota: n= 301

(continúa)

Tabla 12

*Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala breve de actitud sexual
(Continuación)*

Ítems	Permisividad	Mediación	Comunión	Extracción
4.6 El sexo a cambio de favores está bien si ambas personas están de acuerdo	.538	.163	.061	.320
4.1 No necesito estar comprometido(a) con una persona para tener relaciones sexuales con él/ ella	.514	.058	-.017	.268
4.10 Está bien que el sexo sea sólo para un buen desahogo físico	.487	.357	.085	.372
4.8 La vida tendría menos problemas si la gente pudiera tener sexo con más libertad	.413	.297	.146	.280
4.18 El principal objetivo del sexo es disfrutar de uno mismo	.092	.761	.004	.587
4.19 El sexo es principalmente físico	.157	.723	.085	.555
4.16 El sexo es lo mejor cuando te dejas llevar y te concentras en tu propio placer	.058	.716	.232	.570

Nota: n= 301

(continúa)

Tabla 12

*Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala breve de actitud sexual
(Continuación)*

Ítems	Permisividad	Mediación	Comunión	Extracción
4.20 El sexo es principalmente una función corporal, como comer	.180	.522	.057	.309
4.17 El sexo es principalmente tomar placer de otra persona	.354	.485	-.043	.362
4.11 El sexo es la forma más cercana de comunicación entre dos personas*	.180	.470	.324	.358
4.13 En su mejor expresión, el sexo parece ser la unión de dos almas	-.073	.041	.757	.580
4.14 El sexo es una parte muy importante de la vida	.178	.039	.695	.516
4.12 Un encuentro sexual entre dos personas profundamente enamoradas es la mejor interacción humana	-.072	.174	.687	.507
4.15 El sexo es por lo general una experiencia intensa, casi impresionante	.164	.116	.687	.512
% varianza	18.57	14.00	11.22	
% acumulado	18.57	32.57	43.79	

Nota: n= 301; * ítem ubicado en escala diferente a la original

Autoeficacia para prevenir el sida. Para este instrumento al igual que en los anteriores, se realizó extracción de tres factores fijos que correspondientes a las 3 subescalas utilizadas: decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias (decir no), preguntar a la pareja sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas (preguntar) y uso del condón, se observa que los factores se integran en el mismo orden que en las subescalas originales, de estos el primer explica el 25.02% del total de la varianza, el segundo factor explica el 17.43% del total de la varianza y el tercer factor explica el 13.29% del total de la varianza (Tabla 13).

Tabla 13

Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala autoeficacia para sexo seguro

Ítem	Decir no	Uso del condón	Preguntar	Extracción
10.5 ¿Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	.792	-.012	.067	.632
10.6 ¿Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?	.757	-.059	.118	.591
10.4 ¿Alguien a quien has tratado con anterioridad?	.757	.018	.066	.577
10.3 ¿Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	.736	.110	.114	.566
10.2 ¿Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?	.733	.173	.043	.569

Nota: n= 301

(continúa)

Tabla 13

Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala autoeficacia para sexo seguro (Continuación)

Ítem	Decir no	Uso del condón	Preguntar	Extracción
10.9 ¿Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?	.720	.137	.079	.544
10.10 ¿Alguien con quien has estado utilizando drogas?	.669	.143	.093	.477
10.1 ¿Alguien conocido hace 30 días o menos?	.669	.123	.103	.473
10.11 ¿Alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?	.661	.099	.088	.455
10.7 ¿Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?	.649	.041	.185	.458
10.8 ¿Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?	.604	.069	.201	.410
10.18 ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	.129	.763	-.077	.605
10.16 ¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	.003	.745	.096	.565
10.17 ¿Usar correctamente el condón?	-.044	.712	.173	.539
10.19 ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo...	.139	.708	-.067	.524

Nota: n= 301

(continúa)

Tabla 13

Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala autoeficacia para sexo seguro (Continuación)

Ítem	Decir no	Uso del condón	Preguntar	Extracción
10.19 ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna...	.139	.708	-.067	.524
10.20 ¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo?	.165	.678	.090	.494
10.23 ¿Acudir a comprar condones?	-.038	.674	.334	.567
10.22 ¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	.056	.635	.387	.556
10.21 ¿Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	.236	.600	.051	.418
10.13 ¿Discutir sobre la prevención del SIDA con tu pareja?	.176	.113	.825	.724
10.12 ¿Preguntar a tu pareja si se ha inyectado alguna droga?	.210	.056	.818	.716
10.14 ¿Preguntar a tu pareja sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	.179	.167	.809	.714
10.15 ¿Preguntar a tu pareja si ha tenido alguna experiencia homosexual?	.180	.166	.766	.646
% varianza	25.02	17.43	13.29	
% acumulado	25.02	42.45	55.74	

Nota: n= 301

Afrontamiento al riesgo sexual. Para este instrumento se extrajeron dos factores fijos que corresponden a las dos subescalas utilizadas del instrumento que son: solución del problema y evitación, se observa que los factores se cargan de manera correspondiente a la escala original, el primer factor explica el 38.13% del total de la varianza y el segundo explica el 36.20% (Tabla 14).

Tabla 14

Análisis factorial exploratorio con rotación varimax: escala afrontamiento al riesgo sexual

Ítem	Evitación	Solución del problema	Extracción
11.9 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual salgo para olvidarme del problema	.920	.105	.858
11.8 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual me ocupo en el trabajo u otras actividades	.910	.059	.832
11.12 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual trato de olvidarme de todo	.899	.139	.828
11.11 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual practico deporte para olvidar	.870	.155	.782
11.7 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual me concentro en otras cosas	.850	.090	.730
11.10 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual no pienso en el problema	.731	.093	.542

Nota: n= 301

(continúa)

Tabla 14

Análisis factorial exploratorio con rotación varimax: escala afrontamiento al riesgo sexual (Continuación)

Ítem	Evitación	Solución del problema	Extracción
11.2 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual sigo unos pasos concretos	.069	.935	.878
11.5 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual pongo en acción soluciones concretas	.053	.897	.808
11.1 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual analizo la causa del problema	.059	.871	.762
11.3 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual establezco un plan de acción	.096	.870	.766
11.6 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual pienso detenidamente los pasos a seguir	.140	.823	.696
11.4 Si me encuentro en una situación de riesgo sexual hablo con las personas implicadas	.195	.631	.436
% varianza	38.13	36.20	
% acumulado	38.13	74.33	

Nota: n= 301

Comportamiento sexual seguro. Para este análisis se utilizó el análisis factorial confirmatorio con rotación varimax para dos factores fijos de las dos subescalas utilizadas para medir la variable resultado, las cuales son el uso del preservativo y el

sexo seguro. Se puede apreciar que algunos ítems se cargan en diferente escala de acuerdo con el instrumento original, así mismo algunos tienen puntuaciones bajas por lo que no se definen dentro de ninguna de las subescalas, el primer factor explica el 17.86% del total de la varianza y el segundo explica el 15.65% del total de la varianza (Tabla 15).

Tabla 15

Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala de comportamiento sexual seguro

Ítem	Uso del Preservativo	Sexo Seguro	Extracción
12.1 Yo insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales	.794	-.115	.644
12.2 Yo detengo el juego previo, a la relación sexual (como tocar/ besar/agasajar) a tiempo para poner ponerme un condón o mi pareja	.781	-.095	.618
12.3 Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo	.688	-.086	.481
12.6 Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar sexo seguro	.634	-.066	.406
12.7 Si mi pareja insiste en tener relaciones si usar un condón, me niego a tener relaciones sexuales	.547	.067	.303
12.4. Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón	.473	.260	.291

Nota: n= 301

(continúa)

Tabla 15

Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala de comportamiento sexual seguro (Continuación)

Ítem	Uso del Preservativo	Sexo Seguro	Extracción
12.10 Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual*	.317	.175	.131
12.14. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual**	.198	.152	.062
12.12 Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital**	.111	.051	.015
12.13. Practico sexo anal	-.038	.752	.567
12.8. Tengo relaciones sexuales anales sin usar un condón*	.092	.629	.404
12.11. Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de mi pareja	.126	.599	.375
12.16. Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales	.157	.576	.356
12.5. Tengo sexo oral sin usar barreras de protección, como un condón o cubierta de látex*	.108	.528	.290
12.9. Uso cocaína u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales	-.069	.523	.278

Nota: n= 301; * ítems ubicado en escala diferente a la original; ** ítems con puntajes bajos en ambas escalas

(continúa)

Tabla 15

Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax: escala de comportamiento sexual seguro (Continuación)

Ítem	Uso del Preservativo	Sexo Seguro	Extracción
12.15. Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gay	-.040	.371	.139
% varianza	17.86	15.65	
% acumulado	117.86	33.51	

Nota: n= 301

Análisis de confiabilidad. El análisis de confiabilidad se realizó por medio del Alpha de Cronbach donde se observa que en general los instrumentos presentaron buenas puntuaciones oscilando desde excelente, buena y hasta aceptable. Únicamente la subescala que presentó índice de confiabilidad cuestionable fue sexo seguro, lo cual concuerda con las dificultades también presentadas en el análisis factorial (Tabla 16).

Tabla 16

Consistencia interna de instrumentos y subescalas

Instrumento	Reactivos	α
Percepción de riesgo para VIH	10	.64
Responsabilidad con salud sexual	7	.81
Motivos para tener sexo	15	.91
Sentirse bien*	5	.88
Intimidad*	5	.93

Nota: n= 301; α = Alpha de Cronbach

(continúa)

Tabla 16

Consistencia interna de instrumentos y subescalas (Continuación)

Instrumento	Reactivos	α
Afirmación*	5	.91
Actitud Sexual	20	.84
Permisividad*	10	.81
Comuni3n*	5	.67
Mediaci3n*	5	.72
Machismo sexual	12	.79
Conocimientos sobre VIH	18	.74
Acceso a servicios de salud	5	.92
Discriminaci3n social	8	.88
Comunicaci3n sexual con pareja potencial	8	.70
Autoeficacia para sexo seguro	23	.90
Decir no*	11	.91
Preguntar*	4	.87
Uso del Cond3n*	8	.85
Afrontamiento al riesgo sexual	12	.89
Soluci3n del problema*	6	.91
Evitaci3n*	6	.94
Comportamiento sexual seguro	16	.68
Uso del preservativo*	8	.69
Sexo seguro*	8	.52

Nota: n= 301; α = Alpha de Cronbach; *Subescalas

Análisis Inferencial

Prueba de Normalidad. Se realizó un análisis de normalidad con el estadístico Kolmogorov Sminorv con corrección Lilliefors para las variables controladas, se observó que en todos los casos la significancia estadística resultó ($p < .05$) por lo que se consideró que estas variables no presentaron distribución normal los resultados pueden observarse más detalladamente a continuación (Tabla 17).

Tabla 17

Prueba de normalidad en variables controladas

Variable	D^a	p
Edad	.085	.001
Escolaridad	.116	.001
Ingreso económico	.446	.001
Veces que ha cruzado la frontera	.324	.001
Edad de la primera migración	.128	.001

Nota: $n = 301$; D^a = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors

Respecto a las variables incluidas dentro del modelo COSEMI, se observó el mismo fenómeno que en las variables controladas, es decir, los constructos de las propiedades, facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición, así como las variables dependientes de comportamiento sexual seguro, en todos los casos presentaron una significancia estadística ($p < .05$) por lo que se consideraron sin distribución normal, los resultados pueden observarse más detalladamente a continuación (Tabla 18).

Tabla 18

Prueba de normalidad en variables del modelo COSEMI

Variable	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Percepción de riesgo para VIH	.057	.019
Responsabilidad con salud sexual	.181	.001
Motivo para tener sexo		
Sentirse bien*	.074	.001
Intimidad*	.170	.001
Afirmación*	.128	.001
Actitud sexual		
Permisividad*	.078	.001
Comunión*	.151	.001
Mediación*	.067	.002
Machismo sexual	.085	.001
Conocimientos sobre VIH	.090	.001
Acceso a servicios de salud	.247	.001
Discriminación social	.142	.001
Comunicación sexual con pareja potencial	.062	.007
Autoeficacia para sexo seguro		
Decir no*	.105	.001
Preguntar*	.212	.001
Uso del condón *	.127	.001
Afrontamiento al riesgo sexual		
Solución del problema*	.237	.001
Evitación*	.181	.001

Nota: n= 301; *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors; *Subescalas

(continúa)

Tabla 18

Prueba de normalidad en variables del modelo COSEMI (Continuación)

Variable	D^a	p
Comportamiento sexual seguro		
Uso del preservativo*	.108	.001
Sexo seguro*	.103	.001

Nota: $n = 301$; D^a = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors; *Subescalas

Análisis de correlación. Correlación variables controladas y variables del COSEMI. Se realizó un análisis de correlación con el Coeficiente de Spearman dados los resultados no paramétricos previos de la prueba de normalidad, se utilizaron las variables controladas y las variables del COSEMI. En términos generales las variables controladas mostraron correlación con múltiples variables del COSEMI, de las cuales se en el caso del sexo, la correlación más alta fue con la autoeficacia para sexo seguro decir no ($r_s = -.347, p < .01$). Por su parte, la edad presentó correlación con la significancia más alta con los conocimientos sobre VIH ($r_s = .165, p < .01$), lo que alude que a mayor edad mayor conocimiento sobre VIH.

La escolaridad mostró la correlación más alta con los conocimientos sobre VIH ($r_s = .340, p < .01$), lo que indica que a mayor escolaridad mayor conocimientos sobre VIH. Respecto al estado civil, de entre las variables con las que presentó correlación, destaca la autoeficacia para sexo seguro preguntar ($r_s = .185, p < .01$). Por otro lado, el ingreso económico presentó correlación la correlación más significativa con el motivo para tener sexo afirmación ($r_s = .147, p < .05$) lo que indica que mayor escolaridad es sinónimo de mayores motivos para tener sexo por afirmación.

Respecto a la variable controlada de las veces que ha cruzado la frontera, esta presentó una correlación más significativa con el motivo para tener sexo sentirse bien

($r_s = .146$, $p < .05$), lo cual indica que mayor número de veces que ha cruzado la frontera se relaciona con mayor motivo para tener sexo por sentirse bien y por último la edad de la primera migración únicamente se correlacionó con dos variables del modelo COSEMI, entre las que resalta la autoeficacia decir no ($r_s = .173$, $p < .01$), por si significancia más alto, esta correlación indica que a mayor edad de la primera migración, mayor autoeficacia para decir no. Cabe mencionar que ninguna de las variables controladas presentó significancia estadística con las variables de comportamiento sexual seguro, a excepción del sexo (femenino o masculino), que presentó una correlación negativa con la variable sexo seguro ($r_s = -.131$, $p < .05$), se pueden observar los resultados con más detalles a continuación (Tabla 19).

Tabla 19

Correlación entre variables controladas y variables del COSEMI

Variables del COSEMI	Variables controladas						
	Sexo	Edad	Esc.	Edo. Civ.	Ing.	Veces Cdo.	1ra mig.
P. R. VIH	-.079	-.020	-.033	-.120*	.011	.022	.014
Resp. S.S.	-.111	-.019	.170**	.031	.034	.085	.044
Motivos							
Sentirse bien	.139*	.015	.065	.049	.096	.146*	.023
Intimidad	.083	-.047	.030	.144*	.063	.053	.042
Afirmación	.106	-.024	-.089	.044	.147*	.034	-.006

Nota: n=301; P. R. VIH= Percepción de riesgo para VIH; Resp. S.S.= Responsabilidad con salud sexual;

Motivos: Motivos para tener sexo; Esc.= Escolaridad; Edo. Civ.= Estado civil; Ing.= Ingreso económico;

Veces cdo.= Veces que ha cruzado la frontera; 1ra mig.= Edad de la primera migración

(continúa)

Tabla 19

Correlación entre variables controladas y variables del COSEMI (Continuación)

Variables del COSEMI	Variables controladas						
	Sexo	Edad	Esc.	Edo. Civ.	Ing.	Veces Cdo.	Ira mig.
Actitud S.							
Permisividad	-.204**	.131*	.101	.161**	-.019	.047	.108
Comunión	-.146*	-.061	.078	-.051	-.123*	-.027	.061
Mediación	-.100	.071	.176**	.092	-.031	.055	.084
Machismo S.	.217**	-.092	-.203**	-.146*	.028	-.014	-.153**
Con. VIH	-.039	.165**	.340**	.045	.139*	.057	.030
Acc. S.S.	.019	.112	.050	-.029	.086	-.128*	.054
D.S.	.045	-.115*	-.031	.084	-.127*	.078	-.092
C.S.P.P.	-.217**	.027	.130*	.074	-.053	.047	.020
Autoeficacia							
Decir no	-.347**	.077	.016	.115*	-.084	-.010	.173**
Autoeficacia							
Preguntar	-.194**	.010	.153**	.185**	-.078	-.046	.018
U.C.	-.068	.085	.130*	-.034	.004	.077	-.036

Nota: n=301; Actitud: Actitud sexual; Machismo S.= Machismo sexual; Con. VIH= Conocimientos sobre VIH; Acc. S.S.= Acceso a servicios de salud; D.S.= Discriminación social; C.S.P.P.= Comunicación sexual con pareja potencial; Autoeficacia: Autoeficacia para sexo seguro; U.C.= Uso del Condón; Esc= Escolaridad Edo. Civ.= Estado civil; Ing.= Ingreso económico; Veces cdo.= Veces que ha cruzado la frontera; Ira mig.= Edad de la primera migración

(continúa)

Tabla 19

Correlación entre variables controladas y variables del COSEMI (Continuación)

Variables del COSEMI	Variables controladas						
	Sexo	Edad	Esc.	Edo. Civ.	Ing.	Veces Cdo.	1ra mig.
Afrontamiento							
Solución P.	-.129*	.070	.129*	.083	-.031	-.016	.061
Evitación	-.083	.015	.099	.031	-.100	.093	-.019
C.S.S.							
U.P.	.020	-.072	.021	-.071	.013	-.029	-.097
Sexo seguro	-.131*	-.037	.025	.069	-.028	-.025	.034

Nota: n=301; Afrontamiento: Afrontamiento al riesgo sexual; Solución P.: Solución del problema; C.S.S.= Comportamiento sexual seguro; U.P.= Uso del preservativo; Esc= Escolaridad Edo. Civ.= Estado civil; Ing.= Ingreso económico; Veces cdo.= Veces que ha cruzado la frontera; 1ra mig.= Edad de la primera migración

Relaciones Internas del Modelo COSEMI**Correlación entre propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición.**

Se realizó un análisis de correlación entre las propiedades de la migración y los facilitadores e inhibidores de la misma, en donde se observó que la correlación más significativa de la percepción de riesgo para VIH se presentó con la discriminación social ($r_s = -.273$, $p < .01$) lo que indica que mayor percepción de riesgo para VIH se relaciona con mayor percepción de discriminación. Por otro lado, la responsabilidad con salud sexual presentó correlación con diversos facilitadores e inhibidores entre los que destacó el machismo sexual con la mayor significancia estadística ($r_s = -.254$, $p < .01$) lo que indica que a mayor responsabilidad menor machismo sexual el resto de las correlaciones se observan más a detalle a continuación (Tabla 20).

Tabla 20

Correlación entre propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición

Facilitadores e inhibidores de la transición	Propiedades de la transición	
	Percepción de riesgo para VIH	Responsabilidad con salud sexual
Motivos para tener sexo		
Sentirse bien	.053	.001
Intimidad	-.176**	.102
Afirmación	.105	-.039
Actitud sexual		
Permisividad	-.234**	.187**
Comunión	-.042	.009
Mediación	-.106	.123*
Machismo sexual	.165**	-.254**
Conocimientos sobre VIH	-.012**	-.161**
Acceso a servicios de salud	-.012	-.071
Discriminación social	-.273**	.208**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Modelo lineal generalizado de propiedades de la migración y facilitadores e inhibidores de la transición. Para dar respuesta al primer objetivo específico, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple multivariado por medio de un modelo lineal generalizado, donde las covariables fueron la percepción de riesgo para VIH y la responsabilidad con salud sexual, además de las variables controladas (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ingreso económico, veces que ha cruzado la frontera y la edad de la primera migración) y como variables dependientes se utilizaron los motivos para

tener sexo, las actitudes sexuales, el machismo sexual, los conocimientos sobre VIH, el acceso a servicios de salud y la discriminación social, este análisis se realizó con corrección Bootstrap.

En primer lugar se realizó un análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks para observar las variables que no fueron estadísticamente significativas dentro del modelo (Tabla 21), en el caso de las variables controladas figuraron el ingreso económico ($A= .96, p= .229$), las veces que ha cruzado la frontera ($A= .97, p=.229$) y la edad de la primera migración ($A= .99, p =.946$), así mismo la variable percepción de riesgo para VIH ($A= .94, p =.058$).

Tabla 21

Análisis discriminante inicial de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición con Lambda de Wilks

	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	<i>p</i>
Intersección	.594	19.05	10	279	.001
Sexo	.917	2.53	10	279	.006
Estado civil	.821	1.41	40	1060	.046
Edad	.906	2.88	10	279	.002
Escolaridad	.828	5.80	10	279	.001
Ingreso	.955	1.30	10	279	.229
Veces que ha cruzado la frontera	.974	0.75	10	279	.680
Edad de la primera migración	.986	0.40	10	279	.946
Percepción de riesgo para VIH	.880	3.82	10	279	.001
Responsabilidad con salud sexual	.939	1.81	10	279	.058

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

Una vez realizado el análisis discriminante, se conservaron únicamente las covariables significativas en el vector respuesta, en ellas se incluyeron las variables controladas de, sexo ($A = .91, p = .003$), estado civil ($A = .82, p = .026$), edad ($A = .91, p = .004$) y escolaridad ($A = .81, p < .001$), y respecto a las propiedades de la transición la percepción de riesgo para VIH ($A = .88, p < .001$), esto se puede apreciar en la siguiente tabla (Tabla 22).

Tabla 22

Análisis discriminante final de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición con Lambda de Wilks

Efecto	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	<i>p</i>
Intersección	.411	40.53	10	283	.001
Sexo	.912	2.73	10	283	.003
Estado civil	.815	1.49	40	1074	.026
Edad	.913	2.69	10	283	.004
Escolaridad	.811	6.61	10	283	.001
Percepción de riesgo para VIH	.876	4.01	10	283	.001

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

De acuerdo a la prueba de efectos inter-sujetos, se observa que la mayoría de los modelos corregidos son estadísticamente significativos, a excepción de los modelos que tiene como variable resultado la actitud sexual comunitaria y el acceso a servicios de salud ($F_{[8,292]} = 1.23, p = .282$) y ($F_{[8,292]} = .63, p = .754$) respectivamente. De manera individual, la covariable sexo, resultó significativa para diversas variables dependientes entre las que destacan la actitud sexual permisiva y el machismo sexual por su mayor

significancia ($F_{[1,292]}= 12.56, p < .001$) y ($F_{[1,922]}= 12.22, p = .001$) respectivamente, esto indica que el sexo femenino representa un efecto sobre estas variables dependientes.

Respecto a la covariable estado civil, destacó por su significancia la actitud sexual permisividad ($F_{[4,292]}= 4.58, p = .001$), esto indica que el estado civil tiene un efecto sobre dicha variable dependiente. La covariable edad resultó significativa sólo con las variables dependientes discriminación social y conocimientos sobre VIH, donde esta última presentó un mayor significancia ($F_{[1,292]}=14.15, p < .001$), esto indica que la edad tiene un efecto en los conocimientos sobre VIH. Respecto a la covariable escolaridad, resultó significativa para la actitud sexual mediación ($F_{[1,292]}= 11.42, p = .001$ y para los conocimientos sobre VIH ($F_{[1,292]}= 49.81, p < .001$), esto indica que los años de estudio de los migrantes tienen un efecto sobre estas variables. Por último, la covariable percepción de riesgo para VIH resultó significativa para diversas variables dependientes entre las que destacaron la actitud sexual permisividad ($F_{[1,302]}= 16.57, p < .001$) y la discriminación social por su mayor significancia ($F_{[1,302]}= 18.98, p < .001$) respectivamente, esto indica que el riesgo de contraer VIH que los migrantes perciban tiene un efecto sobre estas variables (Tabla 23).

Tabla 23

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F	p
<i>tipo III</i>						
Modelo corregido	Sentirse bien	18645.79	8	2330.72	2.53	.011

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

(continúa)

Tabla 23

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadrado medio	F	p
	Intimidad	21689.77	8	2711.22	2.84	.005
	Afirmación	18661.40	8	2332.68	2.04	.042
	Permisividad	30898.66	8	3862.33	7.86	.001
Modelo corregido	Comunión	5327.76	8	665.97	1.23	.28
	Mediación	19575.33	8	2446.92	3.12	.002
	Machismo sexual	13911.28	8	1738.91	6.53	.001
	Conocimientos sobre VIH	20164.70	8	2520.59	7.35	.001
	Acceso a servicios de salud	6040.14	8	755.02	.63	.754
	Discriminación social	15058.69	8	1882.34	3.80	.001
	Sentirse bien	4545.40	1	4545.40	4.93	.027
	Intimidad	43914.64	1	43914.64	45.99	.001
	Afirmación	11465.96	1	11465.96	10.01	.002
	Permisividad	34741.16	1	34741.16	70.66	.001
Intersección	Comunión	5074.68	1	5074.68	9.36	.002
	Mediación	8932.74	1	8932.74	11.38	.001
	Machismo sexual	4816.64	1	4816.64	18.10	.001
	Conocimientos sobre VIH	3535.08	1	3535.08	10.31	.001
	Acceso a servicios de salud	2305.25	1	2305.25	1.92	.167

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

(continúa)

Tabla 23

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadrado medio	F	p
Intersección	Discriminación social	75721.67	1	75721.67	152.87	.001
	Sentirse bien	7692.52	1	7692.52	8.34	.004
	Intimidad	5734.58	1	5734.58	6.01	.015
	Afirmación	3982.82	1	3982.82	3.48	.063
	Permisividad	6176.72	1	6176.72	12.56	.001
Sexo	Comunión	3362.81	1	3362.81	6.20	.013
	Mediación	1964.05	1	1964.05	2.50	.115
	Machismo sexual	3252.95	1	3252.95	12.22	.001
	Conocimientos sobre VIH	.06	1	.06	.00	.990
	Acceso a servicios de salud	1.57	1	1.57	.00	.971
	Discriminación social	720.54	1	720.54	1.46	.229
	Sentirse bien	9596.60	4	2399.15	2.60	.036
	Intimidad	10469.76	4	2617.44	2.74	.029
	Afirmación	8194.98	4	2048.75	1.79	.131
Estado civil	Permisividad	9008.01	4	2252.00	4.58	.001
	Comunión	778.39	4	194.60	.36	.838
	Mediación	3224.95	4	806.24	1.03	.394
	Machismo sexual	3674.24	4	918.56	3.45	.009

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

(continúa)

Tabla 23

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadrado medio	F	p
	Conocimientos sobre VIH	491.54	4	122.89	.36	.838
Estado civil	Acceso a servicios de salud	1910.94	4	477.74	.40	.810
	Discriminación social	1057.83	4	264.46	.53	.711
	Sentirse bien	3.09	1	3.09	.00	.954
	Intimidad	1891.86	1	1891.86	1.98	.160
	Afirmación	969.30	1	969.30	.85	.358
	Permisividad	1867.38	1	1867.38	3.80	.052
	Comunión	151.46	1	151.46	.28	.598
Edad	Mediación	2418.42	1	2418.42	3.08	.080
	Machismo sexual	618.95	1	618.95	2.33	.128
	Conocimientos sobre VIH	4851.25	1	4851.25	14.15	.001
	Acceso a servicios de salud	3144.69	1	3144.69	2.62	.107
	Discriminación social	2521.62	1	2521.62	5.09	.025
	Sentirse bien	2437.74	1	2437.74	2.64	.105
	Intimidad	880.62	1	880.62	.92	.338
Escolaridad	Afirmación	2075.76	1	2075.76	1.81	.179
	Permisividad	1370.37	1	1370.37	2.79	.096
	Comunión	656.73	1	656.73	1.21	.272

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

(continúa)

Tabla 23

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadrado medio	F	p
	Mediación	8962.25	1	8962.25	11.42	.001
	Machismo sexual	2728.45	1	2728.45	10.25	.002
Escolaridad	Conocimientos sobre VIH	17078.30	1	17078.30	49.81	.001
	Acceso a servicios de salud	1117.80	1	1117.80	.93	.336
	Discriminación social	65.09	1	65.09	.13	.717
	Sentirse bien	3093.75	1	3093.75	3.36	.068
	Intimidad	2060.40	1	2060.40	2.16	.143
	Afirmación	5692.11	1	5692.11	4.97	.027
	Permisividad	8148.37	1	8148.37	16.57	.001
Percepción de riesgo para VIH	Comunión	442.58	1	442.58	.82	.367
	Mediación	2069.87	1	2069.87	2.64	.106
	Machismo sexual	2278.57	1	2278.57	8.56	.004
	Conocimientos sobre VIH	12.32	1	12.32	.04	.850
	Acceso a servicios de salud	1243.64	1	1243.64	1.04	.310
	Discriminación social	9382.06	1	9382.06	18.91	.001
	Sentirse bien	269208.20	292	921.95		
Error	Intimidad	278828.51	292	954.89		
	Afirmación	334568.66	292	1145.78		

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

(continúa)

Tabla 23

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadrado medio	F	p
Error	Permisividad	143564.42	292	491.66		
	Comunión	158357.63	292	542.32		
	Permisividad	143564.42	292	491.66		
	Mediación	229240.62	292	785.07		
	Machismo sexual	77710.86	292	266.13		
	Conocimientos sobre VIH	100110.92	292	342.85		
	Acceso a servicios de salud	350744.29	292	1201.18		
	Discriminación social	144638.68	292	495.34		
Total	Sentirse bien	1057450.00	301			
	Intimidad	1769125.00	301			
	Afirmación	999750.00	301			
	Permisividad	1381068.75	301			
	Comunión	362200.00	301			
	Mediación	1035700.00	301			
	Machismo sexual	267656.25	301			
	Conocimientos sobre VIH	1027808.64	301			
	Acceso a servicios de salud	629888.89	301			
	Discriminación social	1866914.06	301			
Total	Sentirse bien	287853.99	300			
corregida	Intimidad	300518.27	300			

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

(continúa)

Tabla 23

Prueba de efecto de inter-sujetos de modelo de propiedades y facilitadores e inhibidores de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl Cuadrado medio	F	p
Total corregida	Sentirse bien	287853.99	300		
	Intimidad	300518.27	300		
	Afirmación	353230.07	300		
	Permisividad	174463.08	300		
	Comunión	163685.38	300		
	Mediación	248815.95	300		
	Machismo sexual	91622.14	300		
	Conocimientos sobre VIH	120275.62	300		
	Acceso a servicios de salud	356784.42	300		
	Discriminación social	159697.36	300		

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

De acuerdo al modelo lineal generalizado para el vector respuesta motivos para tener sexo, se puede observar que en el caso del motivo afirmación, la percepción de riesgo para VIH presentó un valores predictivo ($\beta = .24$, $F_{[4, 292]} = 4.97$, $p = .032$), lo que indica que por cada incremento de la DE de la percepción de riesgo para VIH dará como resultado .24 de efecto sobre la DE del motivo para tener sexo afirmación, este modelo explica el 2.7% de la varianza. Además, dentro de los motivos para tener sexo, se presentaron otras asociaciones para los vectores respuesta sentirse bien e intimidad, sin embargo estas no incluían ninguna propiedad de la transición, los detalles presentan en seguida (Tabla 24).

Tabla 24

Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para motivos para tener sexo

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Sentirse bien ^a	Femenino	-16.10	.56	6.08	.010	-27.41	-3.73
	Viudo	-38.67	-.49	10.73	.001	-59.43	-17.31
Intimidad ^b	Soltero	-14.02	.23	4.20	.002	-21.33	-5.49
	Viudo	-42.71	-.57	10.78	.001	-66.50	-24.09
Afirmación ^c	Per. R. VIH	.24	.00	.11	.032	.03	0.45
a)R ² = 3.9%		b)R ² = 4.7%		c)R ² = 2.7%			

Nota: Per. R. VIH= Percepción de Riesgo para VIH; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

Respecto al vector respuesta actitud sexual, en el caso de la permisividad las variables predictoras fueron el sexo femenino ($\beta= 14.41$, $F_{[1, 292]}= 12.56$, $p< .001$), los estados civiles soltero ($\beta= -7.12$, $F_{[4, 292]}= 4.58$), $p= .023$) y divorciado ($\beta= -12.13$, $F_{[4, 292]}= 4.58$, $p= .033$) y la percepción de riesgo para VIH ($\beta= -.28$, $F_{[1, 292]}= 16.57$, $p< .001$). Lo que indica que por cada incremento de la DE de estas covariables, dará como resultado -14.41, 7.12, 12.13 y -.28 de efecto sobre la DE de la actitud sexual permisividad, este modelo explica el 15.5% del total de la varianza. Además, dentro de la actitud sexual, en el caso de la comunión y la mediación, se presentaron otras asociaciones, sin embargo estas no contenían ninguna de las propiedades de la transición, los detalles de estos modelos y el modelo de la actitud sexual permisividad se presentan a continuación (Tabla 25)

Tabla 25

Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para actitud sexual

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Permisividad ^a	Femenino	14.42	-.11	3.42	.001	7.47	20.62
	Soltero	-7.12	-.14	3.13	.023	-13.38	-1.16
	Divorciado	-12.13	-.19	5.61	.033	-23.22	-1.07
	Per. R. VIH	-.28	.00	.07	.001	-.42	-.14
Comunión ^b	Femenino	10.64	-.18	4.67	.027	1.82	19.97
	Viudo	-24.12	.58	9.55	.007	-40.68	-4.27
Mediación ^c	Escolaridad	1.58	-.01	.42	.002	.74	2.38
a) R ² = 15.5%		b) R ² = 0.6%		c) R ² = 5.3%			

Nota: Per. R. VIH= Percepción de Riesgo para VIH; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

De acuerdo al vector respuesta machismo sexual, se observa que las variables sexo femenino ($\beta = -10.47$, $F_{[1, 292]} = 12.22$, $p < .001$), los estados civiles soltero y divorciado ($\beta = 6.64$, $F_{[4, 292]} = 3.45$, $p = .005$) y ($\beta = 8.82$, $F_{[4, 292]} = 3.45$, $p = .012$) respectivamente, la escolaridad ($\beta = -.87$, $F_{[1, 292]} = 10.25$, $p = .003$) y la percepción de riesgo para VIH ($\beta = .15$, $F_{[4, 292]} = 8.56$, $p = .007$) presentaron valores predictivos para el machismo sexual, esto indica que por cada incremento de la DE de estas covariables dará como resultado -10.47, 6.64, 8.82, -.87 y .15 de efecto sobre la DE del machismo sexual respectivamente, estas variables explican el 12.9% de la varianza (Tabla 26).

Tabla 26

Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para machismo sexual

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Machismo sexual	Femenino	-10.47	.14	2.12	.001	-14.49	-6.05
	Soltero	6.64	.03	2.30	.005	1.92	11.21
	Divorciado	8.82	.12	3.22	.012	2.74	15.46
	Escolaridad	-.87	-.01	.27	.003	-1.36	-.33
	Per. R. VIH	.15	-.00	.05	.007	.04	.25
$R^2 = 12.9\%$							

Nota: Per. R. VIH= Percepción de Riesgo para VIH; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

Para el vector respuesta conocimientos sobre VIH, cabe mencionar que en este caso no se encontró asociación entre este vector respuesta con alguna de las propiedades de la transición, sin embargo hubo asociación con algunas de las variables controladas, un ejemplo es la variable controlada edad, la cual tuvo un valor predictivo sobre los conocimientos sobre VIH ($\beta = .44$, $F_{[1, 302]} = 14.15$, $p < .001$) y del mismo modo la escolaridad presentó un efecto predictivo sobre este facilitador e inhibidor ($\beta = 2.17$, $F_{[4, 292]} = 49.81$, $p < .001$), lo que indica que por cada incremento de la DE de estas covariables dará como resultado .44 y 2.17 de efecto sobre la DE de los conocimientos sobre VIH respectivamente, este modelo explica el 14.5% del total de la varianza (Tabla 27).

Tabla 27

Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para conocimientos sobre VIH

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Conocimientos sobre VIH	Edad	.44	.01	.11	.001	.23	.66
	Escolaridad	2.17	-.02	.29	.001	1.59	2.71
R ² = 14.5%							

Nota: Per. R. VIH= Percepción de Riesgo para VIH; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

Por último para el vector respuesta discriminación social, las variables predictoras fueron la edad ($\beta = -.31$, $F_{[1, 292]} = 5.09$, $p = .021$) y percepción de riesgo para VIH ($\beta = -.30$, $F_{[1, 292]} = 18.91$, $p < .001$), esto indica que por cada incremento de la DE de estas covariables dará como resultado $-.30$ y $-.30$ de efecto sobre la DE de la discriminación social, este modelo explica el 6.9% de la varianza total (Tabla 28).

Tabla 28

Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para discriminación social

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Disc. social	Edad	-.31	.00	.13	.021	-.57	-.05

Nota: Disc. Social = Discriminación social; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

(continúa)

Tabla 28

Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para discriminación social (Continuación)

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Disc. social	Per. R. VIH	-.30	.00	.07	.001	-.43	-.17

Nota: n=301; Disc. Social = Discriminación social; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza,

Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

Figura 8. Esquema del modelo de propiedades de la transición con variables dependientes de facilitadores e inhibidores de la transición.

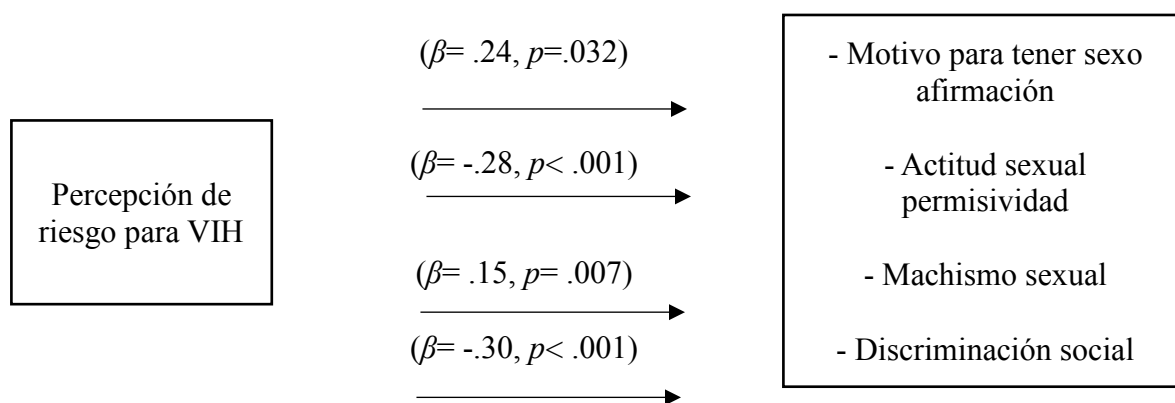


Figura 8: Se presentan los valores predictivos y su significancia estadística entre la propiedad de la transición percepción de riesgo para VIH y los facilitadores e inhibidores.

Correlación entre propiedades de la transición y comportamiento sexual seguro. Se realizó un análisis de correlación entre las propiedades de la transición y el comportamiento sexual de seguro, se observó la percepción de riesgo para VIH se

relacionó con el sexo seguro ($r_s = -.133, p < .05$), lo que indica que mayor percepción de riesgo para VIH menor sexo seguro. A su vez, la responsabilidad con salud sexual presentó correlación con ambas variables dependientes uso del preservativo ($r_s = .232, p < .01$) y sexo seguro ($r_s = .252, p < .01$), esto indica que a mayor responsabilidad con salud sexual, mayor uso del preservativo y sexo seguro (Tabla 29).

Tabla 29

Correlación entre propiedades de la transición y comportamiento sexual seguro

Propiedades de la Transición	Comportamiento Sexual Seguro	
	Uso del preservativo	Sexo seguro
Percepción de riesgo para VIH	.048	-.133*
Responsabilidad con salud sexual	.232**	.252**

Nota: n=301; * $p < .05$; ** $p < .01$

Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición y comportamiento sexual seguro. Para dar respuesta al segundo objetivo específico, se realizó un análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks para observar las variables que no fueron estadísticamente significativas dentro del modelo, en el caso de las variables controladas se observó que ninguna resultó significativa en el vector respuesta, tanto del uso del preservativo como del sexo seguro, donde la escolaridad presentó la menor significancia con ($\Lambda = 1.00, p = .993$), del mismo modo, respecto a las covariables de las propiedades de la transición, la percepción de riesgo para VIH no presentó significancia estadística en el vector respuesta ($\Lambda = .98, p = .062$), los detalles de se muestran a continuación (Tabla 30).

Tabla 30

Análisis discriminante inicial de modelo de propiedades de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks

Efecto	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	<i>p</i>
Intersección	.743	49.54	2	287	.001
Sexo	.985	2.15	2	287	.119
Estado civil	.973	.98	8	574	.448
Edad	.999	.22	2	287	.806
Escolaridad	1.000	.01	2	287	.993
Ingreso	.997	.42	2	287	.660
Veces que ha cruzado la frontera	.999	.11	2	287	.894
Edad de la primera migración	.989	1.56	2	287	.212
Percepción de riesgo para VIH	.978	3.20	2	287	.062
Responsabilidad con salud sexual	.917	13.05	2	287	.000

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras

Posterior al análisis discriminante y una vez eliminadas las variables sin significancia estadística dentro del modelo, se conservó únicamente la variable con significancia estadística para el vector respuesta del comportamiento sexual seguro, la cual fue la propiedad de la transición, responsabilidad con salud sexual, que obtuvo ($A = .91$, $p < .001$) de acuerdo al estadístico Lambda de Wilks, en la siguiente tabla se aprecian los datos detalladamente (Tabla 31).

Tabla 31

Análisis discriminante final de modelo de propiedades de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks

Efecto	Λ	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	p
Intersección	.663	75.83	2	298	.001
Responsabilidad con salud sexual	.913	14.16	2	298	.001

Nota: $n = 301$; Bootstrap= 1000 muestras

Posterior al análisis discriminante, se realizó la prueba de efectos de inter-sujetos, que confirmó la significancia de la variable para ambas variables resultado, uso del preservativo ($F_{[1, 299]} = 24.24, p < .001$) y sexo seguro ($F_{[1, 299]} = 11.28, p = .001$), lo que indica que la responsabilidad con salud sexual tiene un efecto sobre las variables del comportamiento sexual seguro (Tabla 32).

Tabla 32

Prueba de efectos de inter-sujetos de modelo de propiedades de la transición con comportamiento sexual seguro

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Cuadrado medio	F	p
Modelo	Uso del preservativo	9798.65	1	9798.65	22.24	.001
corregido	Sexo Seguro	2414.97	1	2414.97	11.28	.001
Intersección	Uso del preservativo	7694.54	1	7694.54	17.47	.001

Nota: $n = 301$; Bootstrap 1000 muestras

(continúa)

Tabla 32

Prueba de efectos de inter-sujetos de modelo de propiedades de la transición con comportamiento sexual seguro (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo	gl	Cuadrado medio	F	p
<i>III</i>						
Intersección	Sexo Seguro	31853.45	1	31853.45	148.84	.001
Responsabilidad	Uso del preservativo	9798.65	1	9798.65	22.24	.001
con salud sexual	Sexo Seguro	2414.97	1	2414.97	11.28	.001
Error	Uso del preservativo	131716.09	299	440.52		
	Sexo Seguro	63988.46	299	214.01		
Total	Uso del preservativo	1396718.75	301			
	Sexo Seguro	1948263.89	301			
Total corregida	Uso del preservativo	141514.74	300			
	Sexo Seguro	66403.42	300			

Nota: n= 301; Bootstrap 1000 muestras

De acuerdo al modelo lineal generalizado (Tabla 33), se observa que la covariable responsabilidad con salud sexual, presenta un efecto predictivo para el vector respuesta uso del preservativo ($\beta = .39$, $F_{[1, 299]} = 22.24$, $p < .001$) y para el vector respuesta sexo seguro ($\beta = .20$, $F_{[1, 299]} = 11.28$, $p < .001$), esto indica que por cada incremento de la DE de la responsabilidad con salud sexual, los participantes presentaran .39 DE de uso del preservativo y .20 DE de sexo seguro, el primer modelo explica el 6.6% de la varianza y el segundo el 3.3%.

Tabla 33.

Modelo lineal generalizado de propiedades de la transición con Coeficiente Beta para comportamiento sexual seguro

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Uso del preservativo ^a	Responsabilidad con salud sexual	.39	-.00	.08	.001	.24	.54
Sexo seguro ^b	Responsabilidad con salud sexual	.20	.00	.06	.001	.09	.31
				a) R ² = 6.6%		b) R ² = 3.3%	

Nota: n= 301; Bootstrap= 2000 muestras; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

Figura 9. Esquema del modelo de propiedades de la transición con variables dependientes de comportamiento sexual seguro.

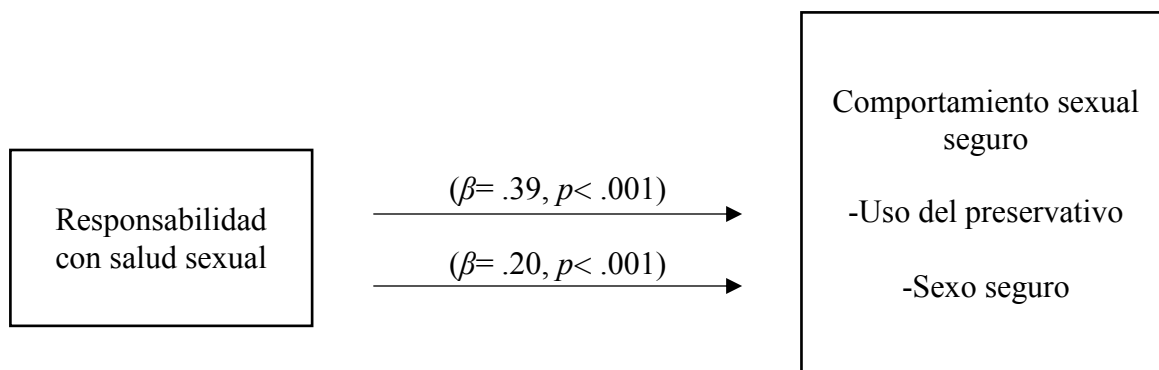


Figura 9. Se presentan los valores predictivos y su significancia estadística entre la propiedad de la transición responsabilidad con salud sexual y el comportamiento sexual seguro.

Correlación entre facilitadores e inhibidores personales y ambientales de la transición. Para el tercer objetivo específico se utilizó un análisis de correlación entre los facilitadores e inhibidores personales y ambientales, donde se puede observar que ninguno de los facilitadores e inhibidores personales presenta correlación con el acceso a servicios de salud. Por su parte la discriminación social presenta correlación positiva con el motivo para tener sexo intimidad, lo que indica que a menor discriminación social, mayor motivo de intimidad para tener sexo ($r_s = .274, p < .01$) y de igual forma presenta una correlación negativa con el machismo sexual ($r_s = -.142, p < .01$) lo que indica que a menor discriminación social, menor machismo sexual (Tabla 34).

Tabla 34

Correlación facilitadores e inhibidores personales y ambientales de la transición

Facilitadores e inhibidores personales	Facilitadores e inhibidores ambientales	
	Acceso a servicios de salud	Discriminación social
Motivos para tener sexo		
Sentirse bien	-.048	-.084
Intimidad	-.074	.274**
Afirmación	-.043	-.022
Actitud sexual		
Permisividad	.010	.072
Comunicación	.025	.050
Mediación	.015	.073
Machismo sexual	-.011	-.142**
Conocimientos sobre VIH	-.060	-.017

Nota: n= 301; Correlación: ** $p < .01$

Respecto a la correlación entre los facilitadores e inhibidores ambientales entre sí, se observó una correlación entre ambas variables ($r_s = -.162, p < .01$), lo que indica que a menor discriminación social, menor acceso a servicios de salud (Tabla 35).

Tabla 35

Correlación entre facilitadores e inhibidores ambientales

Facilitadores e inhibidores ambientales	
	Acceso a servicios de salud
Discriminación social	-.162**

Nota: n= 301; Correlación: ** $p < .01$

Figura 10. Esquema de asociación entre facilitadores e inhibidores personales y ambientales de la transición

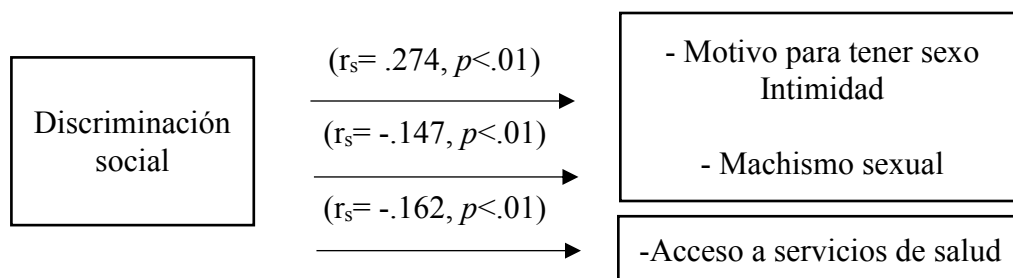


Figura 10. Se presentan los coeficientes de correlación y su significancia estadística entre el facilitador e inhibidor ambiental discriminación social, con los facilitadores e inhibidores personales motivo para tener sexo intimidad y el facilitador e inhibidor ambiental acceso a servicios de salud.

Correlación entre facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición. Se realizó un análisis de correlación entre los los facilitadores e inhibidores y los indicadores de proceso de la transición, en este análisis se observa que respecto a la comunicación sexual con pareja potencial, destaca la correlación con el machismo sexual con el machismo sexual ($r_s = -.248, p < .01$), al ser una correlación negativa indica que a mayor comunicación sexual con pareja potencial menor machismo sexual. La autoeficacia para sexo seguro decir no presentó correlación con la mayoría de los facilitadores e inhibidores, sin embargo destacan la actitud sexual permisividad ($r_s = .500, p < .01$), por su mayor significancia, lo que indica que mayor autoeficacia para sexo seguro decir no, menor actitud sexual permisividad.

Respecto a la autoeficacia para sexo seguro preguntar, esta presentó una correlación con diversas variables, sin embargo destaca entre ellas el machismo sexual ($r_s = -.305, p < .01$), la correlación negativa entre estas variables indica que a mayor autoeficacia para sexo seguro preguntar, menor machismo sexual. Así mismo, la autoeficacia para sexo seguro uso del condón, presentó correlación con algunas variables, entre las que destacó por su mayor significancia el machismo sexual ($r_s = -.207, p < .01$), lo que indica que a mayor autoeficacia para sexo seguro uso del condón, menor machismo sexual.

Respecto al afrontamiento al riesgo sexual solución del problema, este presentó correlación con algunas variables, entre las cuales destacó el machismo sexual ($r_s = -.250, p < .01$), lo que indica que a mayor afrontamiento al riesgo sexual solución del problema, menor machismo sexual. Por último, el afrontamiento al riesgo sexual evitación, presentó correlación con algunas variables, entre las que destacó el acceso a servicios de salud ($r_s = .210, p < .01$), esto indica que a mayor afrontamiento al riesgo sexual de evitación, mayor acceso a servicios de salud (Tabla 36).

Tabla 36

Correlación entre facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición

Facilitadores e inhibidores	Indicadores de proceso					
	C.S.P.P.	Auto. Decir no	Auto. Preg.	Auto. U.C.	Aff. S.P.	Aff. Evit.
Motivos						
Sentirse bien	-.055	-.222**	-.108*	-.002	-.101	.030
Intimidad	.076	.159**	.064	.012	.029	.010
Afirmación	.033	-.170**	-.092	.011	-.036	-.108
Actitud sexual						
Permisividad	.199**	.500**	.266**	.146*	.153**	.156**
Comunión	.046	.184**	.225**	.068	.030	.102
Mediación	.043	.225**	.173**	.025	.113*	.145*
Machismo sexual	-.248**	-.464**	-.305**	-.207**	-.250**	-.145*
Con. VIH	.093	-.091	-.010	.129*	.139**	.100
Acceso S.S.	.096	.004	.175**	.015	.042	-.195**
D.S.	.049	.158**	.090	.003	.138*	.190**

Nota: n=301; * $p < .05$; ** $p < .01$; Con. VIH= Conocimientos sobre VIH; Acceso S.S.= Acceso a servicios de salud; D.S.= Discriminación social; C.S.P.P.= Comunicación sexual con pareja potencial; Auto. Decir no= Autoeficacia para sexo seguro decir no; Auto. Preg.= Autoeficacia para sexo seguro preguntar; Auto. U.C.= Autoeficacia para sexo seguro uso del condón; Aff. S.P.= Afrontamiento al riesgo sexual solución del problema; Aff. Evit.= Afrontamiento al riesgo sexual evitación.

Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición. Para responder al cuarto objetivo específico, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple multivariado por medio de un modelo lineal generalizado, donde las covariables fueron los facilitadores e inhibidores de la transición

(motivos para tener sexo, actitud sexual, machismo sexual, conocimientos sobre VIH, acceso a servicios de salud y discriminación social, además de las variables controladas (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ingreso económico, veces que ha cruzado la frontera y la edad de la primera migración) y como variables dependientes se utilizaron los indicadores de proceso de la transición (comunicación sexual con pareja potencial, autoeficacia para sexo seguro y afrontamiento al riesgo sexual), este análisis se realizó con corrección Bootstrap.

Primero se realizó un análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks para observar las variables que no fueron estadísticamente significativas dentro del modelo (Tabla 37), en el caso de las variables controladas se observó que la edad, el ingreso económico, las veces que ha cruzado la frontera y la edad de la primera migración, no fueron significativas para el vector respuesta, donde el ingreso presentó la menor significancia con ($\Lambda = 98, p = .562$), del mismo modo no presentaron significancia las covariables motivos para tener sexo sentirse bien y afirmación, así como la actitud sexual comunión y la actitud sexual mediación, donde esta última presentó la menor significancia en el vector respuesta ($\Lambda = 99, p = .805$).

Tabla 37

Análisis discriminante inicial de modelo de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición con Lambda de Wilks

Efecto	Λ	F	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	p
Intersección	.795	11.80	6	275	.001
Sexo	.899	5.14	6	275	.001

Nota: $n = 301$; Bootstrap 1000 muestras; $\Lambda =$ Estadístico Lambda de Wilks

(continúa)

Tabla 37

Análisis discriminante inicial de modelo de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición con Lambda de Wilks (Continuación)

Efecto	Λ	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	p
Edad	.854	1.85	24	960	.008
Estado civil	.975	1.15	6	275	.331
Escolaridad	.959	1.96	6	275	.072
Ingreso	.983	.81	6	275	.562
Veces que ha cruzado la frontera	.972	1.32	6	275	.248
Edad de la primera migración	.975	1.15	6	275	.333
Motivos para tener sexo					
Sentirse bien	.955	2.18	6	275	.045
Intimidad	.979	.96	6	275	.452
Afirmación	.957	2.06	6	275	.058
Actitud sexual					
Permisividad	.929	3.51	6	275	.002
Comunión	.977	1.10	6	275	.361
Mediación	.989	.51	6	275	.805
Machismo sexual	.943	2.75	6	275	.013
Conocimientos sobre VIH	.938	3.06	6	275	.007
Acceso a servicios de salud	.910	4.53	6	275	.001
Discriminación social	.959	1.94	6	275	.075

Nota: $n = 301$; Bootstrap 1000 muestras; $\Lambda =$ Estadístico lambda de wilks

Posterior al análisis anterior, se procedió a eliminar las variables antes mencionadas para conservar únicamente las variables significativas, donde dentro de las

variables controladas se encuentra el sexo con la mayor significancia en el vector respuesta ($\Lambda = .90, p < .001$), así mismo por parte de las covariables, las que presentaron mayor significancia en el vector respuesta fueron la actitud sexual permisividad ($\Lambda = .90, p < .001$), los conocimientos sobre VIH ($\Lambda = .93, p < .001$) y el acceso a servicios de salud ($\Lambda = .92, p < .001$), los detalles se observan en seguida (Tabla 38).

Tabla 38

Análisis discriminante final de modelo facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición con Lambda de Wilks

Efecto	Λ	F	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	p
Intersección	.707	19.61	6	284	.001
Sexo	.894	5.58	6	284	.001
Estado civil	.862	1.80	24	991	.010
Escolaridad	.956	2.16	6	284	.047
Actitud sexual					
Permisividad	.895	5.58	6	284	.001
Machismo sexual	.949	2.53	6	284	.021
Conocimientos sobre VIH	.933	3.42	6	284	.003
Acceso a servicios de salud	.920	4.09	6	284	.001
Discriminación social	.955	2.24	6	284	.040

Nota: $n = 301$; Bootstrap 1000 muestras; $\Lambda =$ Estadístico lambda de wilks

Luego del análisis discriminante, se realizó la prueba de efectos de inter-sujetos, donde se observó que la mayoría de los modelos corregidos son estadísticamente significativos, a excepción del modelo que tiene como variable resultado la autoeficacia para sexo seguro uso del condón ($F_{[12, 298]} = 1.59, p = .100$). De manera individual, la

variable controlada sexo resultó significativa para más de una variable dependiente sin embargo, la autoeficacia para sexo seguro decir no ($F_{[1, 289]} = 22.88, p < .001$). Respecto al estado civil, resultó significativo únicamente para la autoeficacia para sexo seguro preguntar ($F_{[1, 289]} = 3.35, p = .011$), esto indica que el estado civil tiene un efecto sobre esta variable, así mismo, la escolaridad resultó significativa para esta misma variable dependiente ($F_{[1, 289]} = 8.07, p = .005$) lo que indica un efecto sobre la misma.

De acuerdo con las covariables de los facilitadores e inhibidores de la transición, se observa la actitud sexual permisividad presentó significancia con más de una variable dependiente, sin embargo destacó la autoeficacia para sexo seguro decir no ($F_{[1, 289]} = 29.04, p < .001$), por su significancia estadística, esto indica que la actitud sexual permisividad tiene un efecto sobre esta autoeficacia. Respecto a la covariable machismo sexual, esta presentó significancia con la autoeficacia decir no ($F_{[1, 289]} = 13.32, p < .001$), esto indica que el machismo sexual tiene efecto sobre esta variable. Así mismo, el conocimiento sobre VIH presentó significancia con la autoeficacia decir no ($F_{[1, 289]} = 12.31, p < .001$), lo que indica un efecto de los conocimientos sobre la autoeficacia.

Respecto al acceso a servicios de salud, éste presentó significancia con más de una variable dependientes, sin embargo destacó la autoeficacia para sexo seguro preguntar ($F_{[1, 289]} = 12.01, p < .001$), lo que indica un efecto del acceso a servicios de salud sobre este indicador de proceso. Por último, la discriminación social presentó significancia con múltiples variables dependientes, como la autoeficacia para sexo seguro decir no, y los afrontamientos al riesgo sexual solución del problema y evitación, respecto al afrontamiento solución del problema, esta variable presenta la mayor significancia ($F_{[1, 289]} = 6.22, p = .013$), lo que indica que la discriminación social tiene efecto sobre el afrontamiento al riesgo sexual (Tabla 39).

Tabla 39

Prueba de efecto de inter-sujetos de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F	p
<i>tipo III</i>						
Modelo corregido	Comunicación S.P. P.	18546.11	11	1686.01	3.64	.001
	Autoeficacia Decir No	92408.82	11	8400.80	17.21	.001
	Autoeficacia Preguntar	51029.48	11	4639.04	6.36	.001
	Autoeficacia U. C.	11636.52	11	1057.87	1.59	.100
	Afrontamiento Sol.	17925.87	11	1629.63	3.57	.001
	Afrontamiento Ev.	25199.48	11	2290.86	2.43	.007
Intersección	Comunicación S.P. P.	17229.05	1	17229.05	37.17	.001
	Autoeficacia Decir No	23444.49	1	23444.49	48.04	.001
	Autoeficacia Preguntar	23101.17	1	23101.17	31.69	.001
	Autoeficacia U. C.	21012.44	1	21012.44	31.65	.001
	Afrontamiento Sol.	26348.32	1	26348.32	57.73	.001
	Afrontamiento Ev.	10379.92	1	10379.92	11.02	.001
Sexo	Comunicación S.P. P.	4178.81	1	4178.81	9.01	.003
	Autoeficacia Decir No	11165.46	1	11165.46	22.88	.001
	Autoeficacia Preguntar	2612.90	1	2612.90	3.58	.059
	Autoeficacia U. C.	11.99	1	11.99	.02	.893
	Afrontamiento Sol.	1295.22	1	1295.22	2.84	.093

Nota: n=301; Bootstrap: 1000 muestras; Comunicación S.P. P= Comunicación sexual con pareja potencial; Autoeficacia U. C.= Autoeficacia uso del condón; Afrontamiento Sol.= Afrontamiento al riesgo sexual solución del problema; Afrontamiento Ev.= Afrontamiento al riesgo sexual evitación.

(continúa)

Tabla 39

Prueba de efecto de inter-sujetos de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadrado medio	F	p
Sexo	Afrontamiento Ev.	343.48	1	343.48	.36	.546
	Comunicación S.P. P.	2855.80	4	713.95	1.54	.191
	Autoeficacia Decir No	3981.56	4	995.39	2.04	.089
Estado civil	Autoeficacia Preguntar	9777.07	4	2444.27	3.35	.011
	Autoeficacia U. C.	3997.51	4	999.38	1.51	.201
	Afrontamiento Sol.	3218.97	4	804.74	1.76	.136
	Afrontamiento Ev.	419.75	4	104.94	.11	.978
	Comunicación S.P. P.	1418.11	1	1418.11	3.06	.081
	Autoeficacia Decir No	203.54	1	203.54	.42	.519
Escolaridad	Autoeficacia Preguntar	5884.13	1	5884.13	8.07	.005
	Autoeficacia U. C.	915.30	1	915.30	1.38	.241
	Afrontamiento Sol.	1479.05	1	1479.05	3.24	.073
	Afrontamiento Ev.	1162.97	1	1162.97	1.23	.268
	Comunicación S.P. P.	510.36	1	510.36	1.10	.295
	Autoeficacia Decir No	14173.63	1	14173.63	29.04	.001
Permisividad	Autoeficacia Preguntar	5085.23	1	5085.23	6.98	.009
	Autoeficacia U. C.	415.26	1	415.26	.63	.430

Nota: : n=301; Bootstrap: 2000 muestras; Comunicación S.P. P= Comunicación sexual con pareja potencial; Autoeficacia U. C.= Autoeficacia uso del condón; Afrontamiento Sol.= Afrontamiento al riesgo sexual solución del problema; Afrontamiento Ev.= Afrontamiento al riesgo sexual evitación.

(continúa)

Tabla 39

Prueba de efecto de inter-sujetos de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadrado medio	F	p
Actitud sexual	Afrontamiento Sol.	160.04	1	160.04	.35	.554
Permisividad	Afrontamiento Ev.	1706.20	1	1706.20	1.81	.179
	Comunicación S.P. P.	1190.69	1	1190.69	2.57	.110
	Autoeficacia Decir No	6655.47	1	6655.47	13.64	.001
Machismo	Autoeficacia Preguntar	1873.35	1	1873.35	2.57	.110
sexual	Autoeficacia U. C.	1916.58	1	1916.58	2.89	.090
	Afrontamiento Sol.	845.24	1	845.24	1.85	.175
	Afrontamiento Ev.	50.10	1	50.10	.05	.818
	Comunicación S.P. P.	276.99	1	276.99	.60	.440
	Autoeficacia Decir No	6006.65	1	6006.66	12.31	.001
Conocimientos	Autoeficacia Preguntar	1333.55	1	1333.55	1.83	.177
sobre VIH	Autoeficacia U. C.	503.88	1	503.88	.76	.384
	Afrontamiento Sol.	679.35	1	679.35	1.49	.223
	Afrontamiento Ev.	2068.33	1	2068.33	2.20	.140
Acceso a	Comunicación S.P. P.	903.67	1	903.67	1.95	.164
servicios de	Autoeficacia Decir No	252.93	1	252.93	.52	.472
salud	Autoeficacia Preguntar	8754.56	1	8754.58	12.01	.001

Nota: n=301; Bootstrap: 2000 muestras; Comunicación S.P. P= Comunicación sexual con pareja potencial; Autoeficacia U. C.= Autoeficacia uso del condón; Afrontamiento Sol.= Afrontamiento al riesgo sexual solución del problema; Afrontamiento Ev.= Afrontamiento al riesgo sexual evitación.

(continúa)

Tabla 39

Prueba de efecto de inter-sujetos de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados <i>tipo III</i>	gl	Cuadrado medio	F	P
Acceso a servicios de salud	Autoeficacia U. C.	54.48	1	54.48	.08	.775
	Afrontamiento Sol.	580.25	1	580.25	1.27	.260
	Afrontamiento Ev.	7254.21	1	7254.21	7.70	.006
Discriminación social	Comunicación S.P. P.	315.48	1	315.48	.68	.410
	Autoeficacia Decir No	2230.39	1	2230.39	4.57	.033
	Autoeficacia Preguntar	83.44	1	83.44	.11	.735
	Autoeficacia U. C.	105.59	1	105.59	.16	.690
	Afrontamiento Sol.	2836.69	1	2836.68	6.22	.013
	Afrontamiento Ev.	4371.73	1	4371.73	4.64	.032
Error	Comunicación S.P. P.	133973.16	289	463.58		
	Autoeficacia Decir No	141047.84	289	488.06		
	Autoeficacia Preguntar	210697.32	289	729.06		
	Autoeficacia U. C.	191849.91	289	663.84		
	Afrontamiento Sol.	131906.52	289	456.42		
	Afrontamiento Ev.	272335.01	289	942.34		

Nota: : n=301; Bootstrap: 2000 muestras; Comunicación S.P. P= Comunicación sexual con pareja potencial; Autoeficacia U. C.= Autoeficacia uso del condón; Afrontamiento Sol.= Afrontamiento al riesgo sexual solución del problema; Afrontamiento Ev.= Afrontamiento al riesgo sexual evitación.

(continúa)

Tabla 39

Prueba de efecto de inter-sujetos de facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición (Continuación)

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F	p
<i>tipo III</i>						
Total	Comunicación S.P. P.	1247951.39	301			
	Autoeficacia Decir No	1408243.80	301			
	Autoeficacia Preguntar	1927773.44	301			
	Autoeficacia U. C.	1558681.64	301			
	Afrontamiento Sol.	2273576.39	301			
	Afrontamiento Ev.	1808940.97	301			
Total corregida	Comunicación S.P. P.	152519.26	300			
	Autoeficacia Decir No	233456.66	300			
	Autoeficacia Preguntar	261726.80	300			
	Autoeficacia U. C.	203486.43	300			
	Afrontamiento Sol.	149832.39	300			
	Afrontamiento Ev.	297534.49	300			

Nota: n= 301; Bootstrap: 2000 muestras; Comunicación S.P. P= Comunicación sexual con pareja potencial; Autoeficacia U. C.= Autoeficacia uso del condón; Afrontamiento Sol.= Afrontamiento al riesgo sexual solución del problema; Afrontamiento Ev.= Afrontamiento al riesgo sexual evitación.

De acuerdo al modelo lineal generalizado, para el vector respuesta comunicación sexual con pareja potencial, no presentó efecto ninguno de los facilitadores e inhibidores, sin embargo, para el vector respuesta autoeficacia para sexo seguro decir no, presentaron efecto predictivo múltiples covariables, en el caso de las variables

controladas el sexo femenino ($\beta= 19.82$, $F_{[1, 289]}= 22.88$, $p< .001$), el estado civil unión libre ($\beta= 19.53$, $F_{[4, 289]}= 2.04$, $p= .045$), así mismo la actitud sexual permisividad ($\beta= .36$, $F_{[1, 289]}= 29.04$, $p< .001$), de igual forma el machismo sexual presentó efecto predictivo ($\beta= -.35$, $F_{[1, 298]}= 13.64$, $p< .001$) y por último los conocimientos sobre VIH ($\beta= -.24$, $F_{[1, 298]}= 12.31$, $p< .001$), esto indica que por cada incremento de la DE de estas covariables dará como resultado 19.82, 19.53, .36, -.35 y-.24 de efecto sobre la DE de la autoeficacia para sexo seguro decir no respectivamente, este modelo explica el 37.3% de la varianza total (Tabla 40).

Tabla 40

Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con coeficiente beta para autoeficacia para sexo seguro decir no

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Autoeficacia decir no	Femenino	19.82	.18	3.52	.001	12.43	26.33
	Unión libre	19.53	-.36	11.38	.045	-6.24	36.88
	Permisividad	.36	-.00	.07	.001	.22	.49
	Machismo S.	-.35	-.00	.09	.001	-.52	-.18
	Con. VIH	-.24	.00	.06	.001	-.37	-.12
$R^2= 37.3\%$							

Nota: n= 301; Permisividad= Actitud sexual permisividad; Machismo S.= Machismo sexual;

Con. VIH= Conocimientos sobre VIH; IC= Intervalo de Confianza, SE= Error estándar;

Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

Del mismo modo, de acuerdo al modelo lineal generalizado para el vector respuesta autoeficacia para sexo seguro preguntar, presentaron efecto predictivo el

sexo femenino ($\beta= 9.59$, $F_{[1, 289]}= 3.58$, $p= .025$), así mismo los estados civiles soltero ($\beta= -11.62$, $F_{[4, 289]}= 3.35$ $p= .004$), casado ($\beta= -12.73$, $F_{[1, 289]}= 3.35$, $p= .004$), la escolaridad ($\beta= 1.36$, $F_{[1, 289]}= 8.07$, $p= .007$), de igual forma la actitud sexual permisividad ($\beta= .22$, $F_{[1, 298]}= 6.98$ $p= .029$) y el acceso a servicios de salud ($\beta= .16$, $F_{[1, 289]}= 12.01$, $p< .001$). Esto indica que por cada incremento de la DE de estas covariables dará como resultado 9.59, 11.62, 12.73, 1.36, .22 y .16, respectivamente de efecto sobre la DE del acceso a servicios de salud, estas variables explican el 16.4% del total de la varianza (Tabla 41).

Tabla 41

Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con coeficiente beta para autoeficacia para sexo seguro preguntar

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Autoeficacia preguntar	Femenino	9.59	.12	4.28	.025	.75	17.58
	Soltero	-11.62	.04	3.68	.004	-18.46	-4.23
	Casado	-12.73	.16	4.62	.004	-21.65	-3.03
	Escolaridad	1.36	.03	.52	.007	.32	2.43
	Permisividad	.22	-.00	.10	.029	.03	.42
	Acc. S. S.	.16	-.00	.04	.001	.07	.24
$R^2= 16.4\%$							

Nota: Acc. S.S.= Acceso a servicios de salud; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

Para el vector respuesta afrontamiento al riesgo sexual solución del problema, presentaron efecto predictivo, el sexo femenino ($\beta= 6.75$, $F_{[4, 289]}= 2.84$, $p= .029$) el estado civil viudo ($\beta= 12.69$, $F_{[4, 289]}= 1.76$, $p= .033$) y la discriminación social ($\beta= .14$, $F_{[1, 298]}= 6.22$, $p= .023$) presentaron efecto predictivo, esto indica que por cada incremento de la DE de estas covariables dará como resultado 6.75, 2.84 y .14 de efecto sobre la DE del afrontamiento al riesgo sexual solución del problema, este modelo explica el 8.6% del total de la varianza (Tabla 42).

Tabla 42

Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con coeficiente beta para afrontamiento al riesgo sexual solución del problema

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Afrontamiento	Femenino	6.75	.18	3.13	.029	.26	12.88
solución del	Viudo	12.69	.08	6.40	.033	-1.80	23.88
problema	Disc. Soc.	.14	.00	.06	.023	.02	.26
$R^2= 8.6\%$							

Nota: n= 301; Disc. Soc.= Discriminación social; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza,

Li= Límite inferior; Ls= Límite superior

De acuerdo al modelo lineal generalizado con el vector respuesta afrontamiento al riesgo sexual evitación, únicamente el acceso a servicios de salud presentó efecto predictivo ($\beta= -.14$, $F_{[1, 298]}= 7.70$, $p= .007$), esto indica que por cada incremento de su DE dará como resultado -.14 de efecto sobre la DE del afrontamiento al riesgo sexual evitación, este modelo explica el 5.7% de la varianza total (Tabla 43).

Tabla 43

Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con coeficiente beta para afrontamiento al riesgo sexual evitación

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Aff. evitación	Acceso a S.S.	-.14	.00	.05	.007	-.25	-.04
$R^2 = 5.7\%$							

Nota: n= 301; Acceso a S.S.= Acceso a servicios de salud; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior; Ls= Límite superior; Aff.= Afrontamiento

Figura 11. Esquema del modelo de facilitadores e inhibidores de la transición con variables dependientes de indicadores de proceso de la transición.

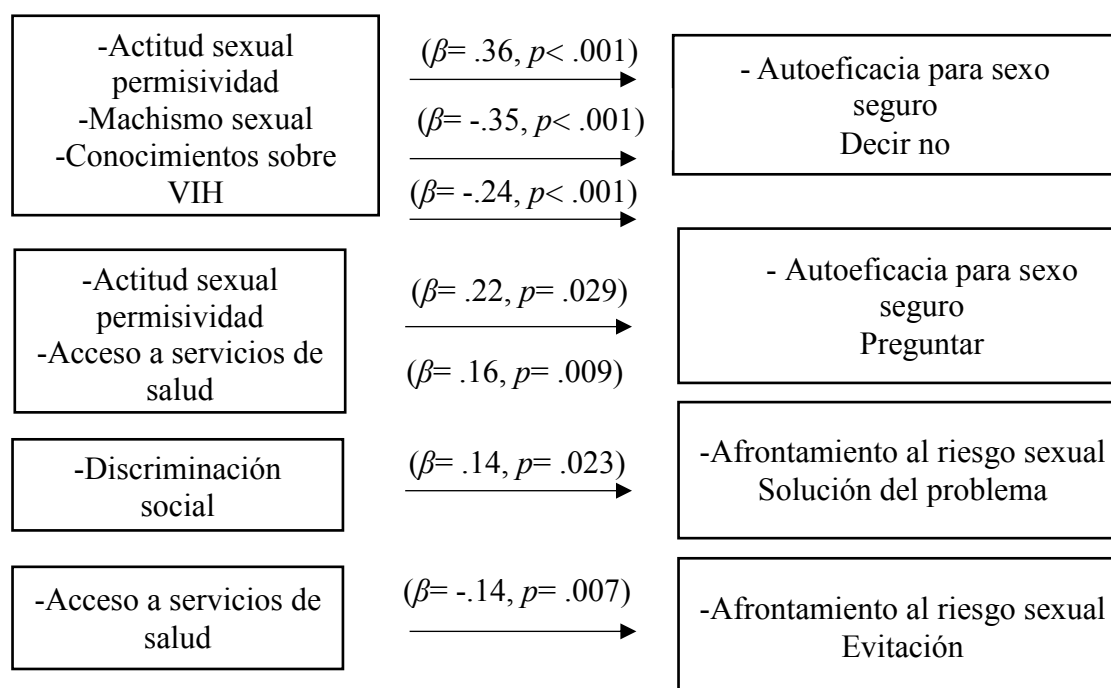


Figura 11. Se presentan los valores predictivos y su significancia estadística entre los facilitadores e inhibidores y los indicadores de proceso de la transición.

Correlación entre facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro. Se realizó un análisis de correlación con el coeficiente de Spearman para conocer las asociaciones entre los facilitadores e inhibidores de la transición con el comportamiento sexual seguro, se observó que para la variable uso del preservativo únicamente el machismo sexual presentó correlación significativa ($r_s = -.139, p < .05$), esto indica que a menor machismo mayor uso del preservativo. Por otro lado, la variable sexo seguro presentó correlación con la mayoría de los facilitadores e inhibidores en donde destacaron el machismo sexual y la actitud sexual permisividad por su alta significancia ($r_s = -.436, p < .01$) y ($r_s = .422, p < .01$), esto indica que a menor machismo sexual, mayor sexo seguro y a menor actitud sexual permisividad, mayor sexo seguro (Tabla 44).

Tabla 44.

Correlación entre facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro

Propiedades de la transición	Comportamiento sexual seguro	
	Uso del preservativo	Sexo seguro
Motivos para tener sexo		
Sentirse bien	.040	-.240**
Intimidad	.055	.052
Afirmación	.076	-.136*
Actitud sexual		
Permisividad	.124*	.425**

Nota: n= 301; * $p < .05$; ** $p < .01$

(continúa)

Tabla 44.

Correlación entre facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro (Continuación)

Propiedades de la transición	Comportamiento sexual seguro	
	Uso del preservativo	Sexo seguro
Actitud sexual		
Comunión	.064	.166**
Mediación	-.022	.259**
Machismo sexual	-.143*	-.448**
Conocimientos sobre VIH	.103	-.044
Acceso a servicios de salud	-.025	.019
Discriminación social	-.013	.192**

Nota: n= 301; * $p < .05$; ** $p < .01$

Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro. Se realizó un análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks para excluir las variables que no representaban significancia estadística en el modelo, entre ellas se encontraron todas las variables controladas, dentro de las cuales, la escolaridad presentó la menor significancia ($F = .99, p = .916$). Así como, algunas de las covariables de los facilitadores e inhibidores no resultaron significativas, entre las que destaca el acceso a servicios de salud por su menor significancia ($F = .99, p = .688$), a continuación se muestran los datos con mayor detalle (Tabla 45).

Tabla 45

Análisis discriminante inicial de modelo de facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks

Efecto	Λ	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	p
Intersección	.654	73.93	2	279	.001
Sexo	.996	.57	2	279	.566
Estado civil	.994	.88	2	279	.417
Edad	.970	1.07	8	558	.381
Escolaridad	.999	.09	2	279	.916
Ingreso	.996	.57	2	279	.567
Veces que ha cruzado la frontera	.999	.16	2	279	.849
Edad de la primera migración	.992	1.14	2	279	.320
Motivos para tener sexo					
Sentirse bien	.988	1.71		279	.183
Intimidad	.994	.84	2	279	.432
Afirmación	.987	1.82	2	279	.165
Actitud sexual					
Permisividad	.948	7.58	2	279	.001
Comunión	.982	2.53	2	279	.081
Mediación	.986	1.98	2	279	.140
Machismo sexual	.933	10.10	2	279	.001
Conocimientos sobre VIH	.968	4.57	2	279	.011
Acceso a servicios de salud	.997	.38	2	279	.688
Discriminación social	.976	3.48	2	279	.032

Nota: n= 301; Bootstrap 1000 muestras

Posterior al análisis discriminante, se conservaron en el modelo únicamente las variables que son significativas al vector respuesta del comportamiento sexual seguro, entre ellas destacan por su significancia estadística, la actitud sexual permisividad ($A = .94, p < .001$) y el machismo sexual ($A = .93, p < .001$), los detalles de estos valores se muestra a continuación (Tabla 46).

Tabla 46

Análisis discriminante final de modelo de facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	p
Intersección	.533	129.19	2	295	.001
Actitud sexual					
Permisividad	.936	10.04	2	295	.001
Machismo sexual	.927	11.61	2	295	.001
Conocimientos sobre VIH	.962	5.84	2	295	.003
Discriminación social	.976	3.68	2	295	.027

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras

Posterior al análisis discriminante, se realizó la prueba de efectos de inter-sujetos, donde se observó, que únicamente el modelo corregido del sexo seguro es estadísticamente significativo ($F_{[4, 296]} = 29.88, p < .001$). De manera individual, se observa que ninguno de los facilitadores e inhibidores de la transición es estadísticamente significativo con el uso del preservativo. Respecto al sexo seguro, la actitud sexual permisividad ($F_{[1, 296]} = 20.10, p < .001$) y el machismo sexual ($F_{[1, 296]} = 23.10, p < .001$), presentaron la mejor significancia, esto indica que estas covariables tienen un efecto predictivo sobre el sexo seguro (Tabla 47).

Tabla 47

Prueba de efectos de inter-sujetos de facilitadores e inhibidores de la transición y comportamiento sexual seguro

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F	p
<i>tipo III</i>						
Modelo	Uso del preservativo	4639.27	4	1159.82	2.51	.042
Modelo	Sexo seguro	18857.62	4	4714.40	29.35	.001
Intersección	Uso del preservativo	26093.33	1	26093.33	56.43	.001
	Sexo seguro	38361.56	1	38361.56	238.82	.001
Actitud sexual	Uso del preservativo	562.82	1	562.82	1.22	.271
Actitud sexual	Sexo seguro	3228.19	1	3228.19	20.10	.001
Machismo	Uso del preservativo	896.60	1	896.60	1.94	.165
Machismo	Sexo seguro	3710.71	1	3710.71	23.10	.001
Conocimientos	Uso del preservativo	548.17	1	548.17	1.19	.277
Conocimientos	Sexo seguro	1409.53	1	1409.53	8.78	.003
Discriminación	Uso del preservativo	129.24	1	129.24	.28	.597
Discriminación	Sexo seguro	1007.79	1	1007.79	6.27	.013
Error	Uso del preservativo	136875.47	296	462.42		
	Sexo seguro	47545.81	296	160.63		
Total	Uso del preservativo	1396718.75	301			
	Sexo seguro	1948263.89	301			
Total corregida	Uso del preservativo	141514.74	300			
	Sexo seguro	66403.42	300			

Nota: n= 301; Bootstrap 1000 muestras

Se realizó un análisis de estimaciones de los parámetros del modelo con el coeficiente Beta, donde se observó que la variable dependiente uso de preservativo no presenta significancia con las covariables, sin embargo estas si presentaron significancia con el sexo seguro, actitud sexual permisividad ($\beta = .17$, $F_{[1, 296]} = 20.10$, $p < .001$), machismo sexual ($\beta = -.25$, $F_{[1, 296]} = 23.10$, $p < .001$), conocimientos sobre VIH ($\beta = -.11$, $F_{[1, 306]} = 8.78$, $p = .004$) y por último la discriminación social ($\beta = .08$, $F_{[1, 306]} = 6.27$, $p = .013$), esto indica por cada incremento de la DE de estas covariables dará como resultado .17, -.25, -.11 y .08 de efecto sobre la DE del sexo seguro, este modelo explica el 27.4% del total de la varianza (Tabla 48).

Tabla 48

Modelo lineal generalizado de facilitadores e inhibidores de la transición con coeficiente beta para comportamientos sexual seguro

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Sexo seguro	Permisividad	.17	-.00	.04	.001	.10	.25
	Machismo sexual	-.25	-.00	.05	.001	-.36	-.16
	Con. sobre VIH	-.11	.00	.04	.004	-.18	-.04
	Discriminación social	.08	-.01	.03	.017	.02	.15
b) $R^2 = 27.4\%$							

Nota: n= 301; Permisividad= Actitud sexual permisividad; Con. VIH= Conocimientos sobre VIH;

Bootstrap: 1000 muestras; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior;

Ls= Límite superior.

Figura 12. Esquema del modelo de facilitadores e inhibidores de la transición con variables dependientes de comportamiento sexual seguro.

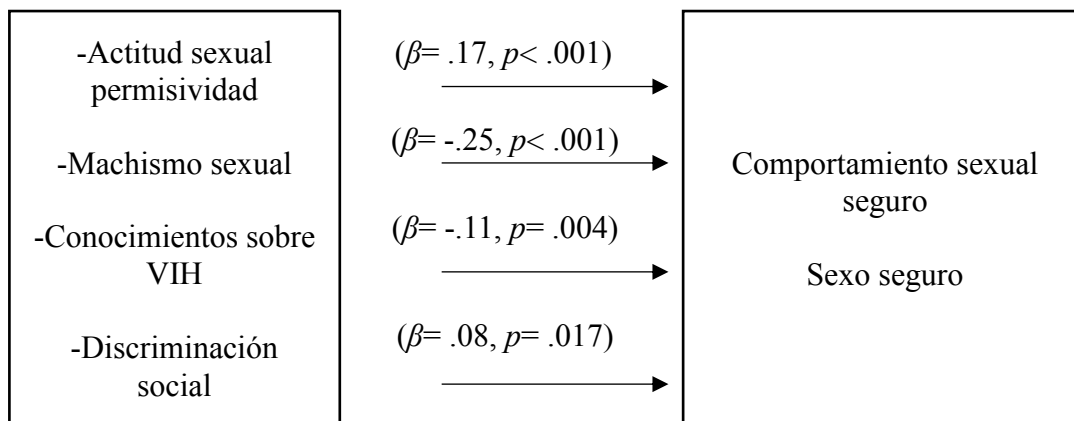


Figura 12. Se presentan los valores predictivos y su significancia estadística entre los facilitadores e inhibidores de la transición y el comportamiento sexual seguro.

Correlación entre indicadores de proceso de la transición y comportamiento sexual seguro. De acuerdo al análisis de correlación entre los indicadores de proceso y el comportamiento sexual seguro, se observó que en el caso de la variable uso del preservativo, destaca la variable autoeficacia para sexo seguro uso del condón por presentar la significancia estadística alta ($r_s = .527, p < .01$), esto indica que a mayor autoeficacia uso del condón, mayor uso del preservativo. Y en el caso del sexo seguro, destaca la autoeficacia para sexo seguro decir no, ($r_s = .445, p < .01$), esto indica que a mayor autoeficacia decir no, mayor sexo seguro, los detalles del resto de las correlaciones se presentan en seguida (Tabla 49).

Tabla 49

Correlación entre indicadores de proceso de la transición y comportamiento sexual seguro

Indicadores de proceso	Comportamiento sexual seguro	
	Uso del preservativo	Sexo seguro
Comunicación sexual con pareja potencial	.374**	.270**
Autoeficacia para sexo seguro		
Decir no	.126*	.445**
Preguntar	.162**	.295**
Uso del condón	.527**	.277**
Afrontamiento al riesgo sexual		
Solución del problema	.313**	.220**
Evitación	.070	.122*

Nota: n= 301; * $p < .05$; ** $p < .01$

Modelo lineal generalizado de indicadores de proceso de la transición y comportamiento sexual seguro. Para dar respuesta el objetivo específico seis, del mismo modo que en los procedimientos anteriores, se realizó un análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks para excluir las variables que no presentaron significancia estadística en el modelo, entre las variables controladas destacó el estado civil ($\Lambda = .99$, $p = .894$), por tener la menor significancia, y respecto a las covariables de los indicadores de proceso la autoeficacia para sexo seguro preguntar ($\Lambda = .99$, $p = .436$), los detalles del resto de las variables controladas así como las covariables de los indicadores de proceso se muestran a continuación (Tabla 52).

Tabla 50

Análisis discriminante inicial de modelo de indicadores de proceso de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks

Efecto	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	<i>p</i>
Intersección	.751	46.93	2	283	.001
Sexo	.989	1.52	2	283	.222
Estado civil	.988	.44	8	566	.894
Edad	.993	.94	2	283	.392
Escolaridad	.992	1.08	2	283	.340
Ingreso	.996	.51	2	283	.600
Veces que ha cruzado la frontera	.995	.69	2	283	.502
Edad de la primera migración	.996	.59	2	283	.556
Comunicación sexual con pareja potencial	.949	7.57	2	283	.001
Autoeficacia para sexo seguro					
Decir no	.880	19.29	2	283	.001
Preguntar	.994	.83	2	283	.436
Uso del condón	.805	34.32	2	283	.001
Afrontamiento al riesgo sexual					
Solución del problema	.980	2.94	2	283	.055
Evitación	.995	.68	2	283	.506

Nota: n= 301; Bootstrap 1000 muestras

Posterior al análisis discriminante se conservaron en el modelo únicamente las variables que fueron significativas al vector respuesta comportamiento sexual seguro, como la comunicación sexual con pareja potencial ($A = .94$, $p < .001$), la autoeficacia para

sexo seguro decir no ($A = .84, p < .001$) y la autoeficacia uso del condón ($A = .77, p < .001$), los detalles de muestran en seguida (Tabla 53).

Tabla 51

Análisis discriminante final de modelo de indicadores de proceso de la transición y comportamiento sexual seguro con Lambda de Wilks

Efecto	Λ	F	<i>Gl de la hipótesis</i>	<i>Gl del error</i>	p
Intersección	.386	235.67	2	296	.001
Comunicación sexual con pareja potencial	.940	9.39	2	296	.001
Autoeficacia para sexo seguro					
Decir no	.835	29.16	2	296	.001
Uso del condón	.774	43.22	2	296	.001

Nota: $n = 301$; Bootstrap 1000 muestras

Posterior al análisis discriminante, una vez conservadas las variables significativas en el modelo, se procedió a realizar la prueba de efectos de inter-sujeto para verificar que los modelos corregidos fueran estadísticamente significativos, se observó que ambos modelos presentaban significancia estadística, uso del preservativo ($F_{[3, 297]} = 40.09, p < .001$) y sexo seguro ($F_{[3, 297]} = 30.96, p < .001$). Así mismo, de manera independiente, se observó que la comunicación sexual con pareja potencial presentó significancia estadística con el uso del preservativo ($F_{[1, 297]} = 16.85, p < .001$), la autoeficacia para sexo seguro decir no, con el sexo seguro ($F_{[1, 306]} = 56.73, p < .001$), y la autoeficacia uso del condón con el uso del preservativo ($F_{[1, 306]} = 85.32, p < .001$) así mismo, presentó significancia con el afrontamiento al riesgo sexual solución del

problema ($F_{[1, 306]} = 4.61$, $p = .033$), esto indica que estas variables tienen efecto sobre el comportamiento sexual seguro (Tabla 52).

Tabla 52

Prueba de efectos de inter-sujetos de indicadores de proceso de la transición con comportamiento sexual seguro

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F	p
<i>tipo III</i>						
Modelo	Uso del preservativo	47541.97	3	15847.32	50.09	.001
Modelo	Sexo seguro	15817.62	3	5272.54	30.96	.001
Intersección	Uso del preservativo	16903.31	1	16903.31	53.42	.001
	Sexo seguro	76059.98	1	76059.98	446.56	.001
C.S.P.P.	Uso del preservativo	5332.23	1	5332.23	16.85	.001
	Sexo seguro	569.61	1	569.61	3.34	.068
Autoeficacia decir no	Uso del preservativo	92.80	1	92.80	.29	.589
	Sexo seguro	9662.40	1	9662.40	56.73	.001
Autoeficacia uso del condón	Uso del preservativo	26996.39	1	26996.39	85.32	.001
	Sexo seguro	784.65	1	784.65	4.61	.033
Error	Uso del preservativo	93972.78	297	316.41		
	Sexo seguro	50585.80	297	170.32		
Total	Uso del preservativo	1396718.75	301			
	Sexo seguro	1948263.89	301			
Total corregida	Uso del preservativo	141514.74	300			
	Sexo seguro	66403.42	300			

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras; C.S.P.P.= Comunicación sexual con pareja potencial

Se realizó un análisis de las estimaciones de los parámetros del modelo con el coeficiente Beta, donde se observó que para la variable dependiente uso de preservativo, presentaron significancia estadística las covariables comunicación sexual con pareja potencial ($\beta= .20$, $F_{[1, 297]}= 16.85$, $p< .001$) y la autoeficacia uso del condón ($\beta= .40$, $F_{[1, 297]}= 85.32$, $p< .001$), esto indica que por cada incremento de la DE de estas covariables dará como resultado .20 y .40 de efecto sobre la DE de uso del preservativo, este modelo explica 32.9% del total de la varianza. Para la variable sexo seguro, la autoeficacia decir no ($\beta= .21$, $F_{[1, 297]}= 56.73$, $p< .001$), esto indica que por cada incremento de la DE de la autoeficacia para decir no, dará como resultado .21 de efecto sobre la DE del sexo seguro, con un 23.1% de varianza explicada (Tabla 53).

Tabla 53

Modelo lineal generalizado de indicadores de proceso de la transición con coeficiente beta para comportamiento sexual seguro

Variable dependiente	Parámetro	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Uso del preservativo ^a	C.S.P.P.	.20	.00	.05	.001	.10	.30
	Autoeficacia decir no	-.02	-.00	.04	.620	-.11	.06
	Autoeficacia U.C.	.40	.00	.05	.001	.30	.49
Sexo seguro ^b	C.S.P.P.	.07	-.00	.04	.068	-.01	.14
	Autoeficacia decir no	.21	-.01	.03	.001	.16	.27
	Autoeficacia U.C.	.07	.00	.03	.027	.01	.13
a) R ² = 32.9%				b) R ² = 23.1%			

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras; C.S.P.P.= Comunicación sexual con pareja potencial;

Autoeficacia U.C.= Autoeficacia para sexo seguro uso del condón; SE= Error estándar; IC= Intervalo de confianza; Li= Límite inferior; Ls= Límite superior.

Figura 13. Esquema del modelo de indicadores de proceso de la transición con variables dependientes de comportamiento sexual seguro.

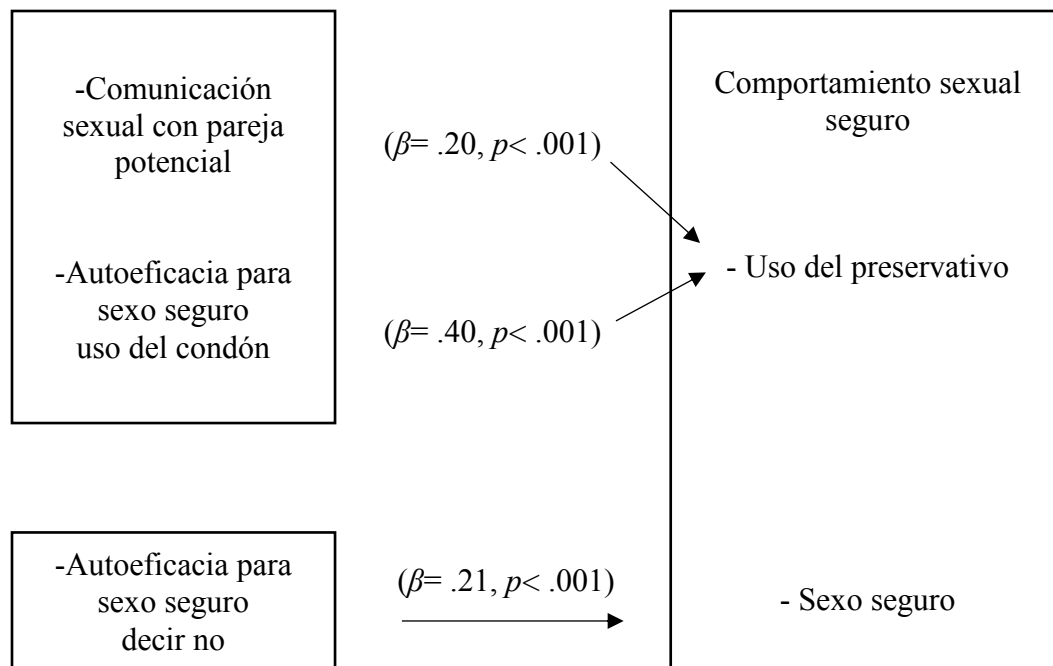


Figura 13. Se presentan los valores predictivos y su significancia estadística entre las propiedades de la transición y el comportamiento sexual seguro.

Comprobación del Modelo COSEMI

Modelo lineal generalizado del modelo COSEMI. Para confirmar el cumplimiento del objetivo general el cual plantea probar de manera empírica el modelo de la transición de la conducta sexual del migrante (COSEMI) en las fronteras de Matamoros y Reynosa, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple multivariado por medio de un modelo lineal generalizado, donde se probaron las covariables de los tres constructos del COSEMI (propiedades, facilitadores e inhibidores e indicadores de proceso de la transición) en conjunto con las variables controladas (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ingreso económico, veces que migrado cruzado la frontera y la edad

de la primera migración) con las variables dependientes del comportamiento sexual seguro (uso del preservativo y sexo seguro), con corrección Bootstrap.

Primeramente se utilizó un análisis discriminante con el estadístico Lambda de Wilks, para identificar las variables sin significancia estadística dentro del modelo, entre ellas se pudo observar que se encontraron las variables controladas, donde la variable veces que ha cruzado la frontera destacó por tener la menor significancia estadística ($\Lambda = .99, p = .833$). Del mismo modo, algunas covariables del modelo COSEMI no presentaron significancia estadística, donde el afrontamiento para riesgo sexual evitación presentó la menor significancia ($\Lambda = 1.00, p = .868$), los detalles se muestran a continuación (Tabla 54).

Tabla 54

Análisis discriminante inicial del modelo COSEMI con Lambda de Wilks

	Λ	F	<i>gl de la hipótesis</i>	<i>gl del error</i>	p
Intersección	.846	24.61	2	271	.001
Sexo	.984	2.23	2	271	.110
Estado Civil	.982	.61	8	542	.767
Edad	.990	1.42	2	271	.243
Escolaridad	.985	2.01	2	271	.136
Ingreso	.997	.40	2	271	.669
Veces que ha cruzado la frontera	.999	.18	2	271	.833
Edad de la primera migración	.994	.82	2	271	.441
Percepción de riesgo para VIH	.996	.58	2	271	.560
Responsabilidad con salud sexual	.978	3.06	2	271	.048

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

(continúa)

Tabla 54

Análisis discriminante inicial del modelo COSEMI con Lambda de Wilks

	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>gl de la hipótesis</i>	<i>gl del error</i>	<i>p</i>
Motivos para tener sexo					
Sentirse bien	.989	1.50	2	271	.226
Intimidad	.990	1.33	2	271	.267
Afirmación	.994	.77	2	271	.463
Actitud sexual					
Permisividad	.970	4.15	2	271	.017
Comunión	.983	2.29	2	271	.103
Mediación	.991	1.30	2	271	.276
Machismo sexual	.966	4.80	2	271	.009
Conocimientos sobre VIH	.985	2.11	2	271	.123
Acceso a servicios de salud	.999	.17	2	271	.847
Discriminación social	.978	3.06	2	271	.049
Comunicación sexual con pareja potencial	.966	4.72	2	271	.010
Autoeficacia para sexo seguro					
Decir No	.971	4.02	2	271	.019
Preguntar	.997	.43	2	271	.652
Uso del condón	.813	31.14	2	271	.001
Afrontamiento al riesgo sexual					
Solución del problema	.979	2.96	2	271	.053
Evitación	.999	.14	2	271	.868

Nota: n= 301; Bootstrap: 1000 muestras

Una vez eliminadas las variables sin significancia estadística, se conservaron covariables de los tres constructos del COSEMI, en el caso de las propiedades de la transición únicamente presentó significancia la covariable responsabilidad con salud sexual ($A = .97, p = .020$), en el caso de los facilitadores e inhibidores, múltiples covariables resultaron significativas, entre las que destaca el machismo sexual por su mayor significancia ($A = .96, p = .002$), y por último en el caso de los indicadores de proceso, destaca la autoeficacia uso del condón ($A = .77, p < .001$), los detalles del resto de las covariables se muestran en seguida (Tabla 55).

Tabla 55

Análisis discriminante final del modelo COSEMI con Lambda de Wilks

	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>gl de la hipótesis</i>	<i>gl del error</i>	<i>p</i>
Intersección	.763	45.19	2	291	.001
Responsabilidad con salud sexual	.974	3.96	2	291	.020
Actitud sexual					
Permisividad	.962	5.72	2	291	.004
Machismo sexual	.958	6.37	2	291	.002
Conocimientos sobre VIH	.974	3.81	2	291	.023
Discriminación social	.980	2.99	2	291	.049
Comunicación sexual con pareja potencial	.961	5.86	2	291	.003
Autoeficacia para sexo seguro					
Decir No	.964	5.39	2	291	.005
Uso del condón	.768	44.07	2	291	.001

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras

Posterior al análisis discriminante, en la prueba de efectos de inter-sujetos, se observó que ambos modelos corregidos son estadísticamente significativos, uso del preservativo ($F_{[8, 292]}= 20.51, p < .001$) y sexo seguro ($F_{[8, 292]}= 19.79, p < .001$). De manera individual, la responsabilidad con salud sexual resultó estadísticamente significativa al vector respuesta uso del preservativo ($F_{[1, 292]}= 7.36, p = .007$), lo cual indica un efecto de esta variable sobre el uso del preservativo.

Por otro lado, la actitud sexual permisividad ($F_{[1, 292]}= 10.45, p < .001$), el machismo sexual ($F_{[1, 292]}= 12.78, p < .001$), los conocimientos sobre VIH ($F_{[1, 292]}= 7.58, p = .006$) y la discriminación social ($F_{[1, 292]}= 4.68, p = .031$) fueron estadísticamente significativas con el vector respuesta sexo seguro, lo que indica que tienen un efecto sobre éste. Por su parte, la comunicación sexual con la pareja potencial presentó significancia estadística con el uso del preservativo ($F_{[1, 292]}= 10.64, p < .001$), la autoeficacia para sexo seguro decir no, presentó significancia estadística con el sexo seguro ($F_{[1, 292]}= 8.00, p = .005$) y por último la autoeficacia para sexo seguro uso del condón presentó significancia estadística con ambas variables dependientes, uso del preservativo ($F_{[1, 292]}= 84.80, p < .001$) y sexo seguro ($F_{[1, 302]}= 6.80, p = .010$), lo que indica un efecto predictivo sobre el comportamiento sexual seguro (Tabla 56).

Tabla 56

Prueba de efectos de inter-sujetos del modelo COSEMI

	<i>Variable dependiente</i>	<i>Suma de cuadrados tipo III</i>	<i>gl</i>	<i>Cuadrado medio</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	Uso del preservativo	50907.55	8	6363.44	20.51	.001
	Sexo seguro	23342.47	8	2917.81	19.79	.001

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras

(continúa)

Tabla 56

Prueba de efectos de inter-sujetos del modelo COSEMI (Continuación)

	<i>Variable dependiente</i>	<i>Suma de</i>	<i>gl</i>	<i>Cuadrado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
		<i>cuadrados tipo</i>		<i>medio</i>		
<i>III</i>						
Intersección	Uso del preservativo	923.27	1	923.27	2.98	.086
	Sexo seguro	13226.26	1	13226.26	89.69	.001
Responsabilidad con salud sexual	Uso del preservativo	2282.48	1	2282.48	7.36	.007
	Sexo seguro	139.01	1	139.01	.94	.332
Actitud sexual	Uso del preservativo	493.02	1	493.02	1.59	.208
	Sexo seguro	1541.70	1	1541.70	10.45	.001
Permisividad	Uso del preservativo	33.34	1	33.34	.11	.743
	Sexo seguro	1884.74	1	1884.74	12.78	.001
Machismo sexual	Uso del preservativo	69.20	1	69.20	.22	.637
	Sexo seguro	1117.10	1	1117.10	7.58	.006
Conocimientos sobre VIH	Uso del preservativo	300.41	1	300.41	.97	.326
	Sexo seguro	689.88	1	689.88	4.68	.031
Discriminación social	Uso del preservativo	3300.99	1	3300.99	10.64	.001
	Sexo seguro	252.90	1	252.90	1.72	.191
Comunicación sexual con P.P.	Uso del preservativo	659.88	1	659.88	2.13	.146
	Sexo seguro	1180.37	1	1180.37	8.00	.005
Autoeficacia para sexo seguro decir no	Uso del preservativo	26312.40	1	26312.40	84.80	.001
	Sexo seguro	1003.34	1	1003.34	6.80	.010

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras; Comunicación sexual con P.P.= Comunicación sexual con pareja potencial; Autoeficacia para sexo seguro U.C.= Autoeficacia para sexo seguro uso del condón

(continúa)

Tabla 56

Prueba de efectos de inter-sujetos del modelo COSEMI (Continuación)

	<i>Variable dependiente</i>	<i>Suma de</i>	<i>gl</i>	<i>Cuadrado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
		<i>cuadrados tipo</i>		<i>medio</i>		
<i>III</i>						
Error	Uso del preservativo	90607.19	292	310.30		
	Sexo seguro	43060.96	292	147.47		
Total	Uso del preservativo	1396718.75	301			
	Sexo seguro	1948263.89	301			
Total corregida	Uso del preservativo	141514.74	300			
	Sexo seguro	66403.42	300			

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras

Se realizó un análisis para las estimaciones de los parámetros del modelo COSEMI con el coeficiente Beta para los vectores respuesta uso del preservativo y sexo seguro, se observó que en el caso del vector respuesta uso del preservativo, presentaron significancia estadística, del constructo de las propiedades de la transición, la covariable responsabilidad con salud sexual ($\beta = .22$, $F_{[1, 292]} = 7.36$, $p = .020$), y del constructo de los indicadores de proceso, las covariables, comunicación sexual con pareja potencial ($\beta = .17$, $F_{[1, 292]} = 10.64$, $p = .002$) y autoeficacia para sexo seguro uso del condón ($\beta = .40$, $F_{[1, 302]} = 84.80$, $p < .001$), este resultado indica que por cada incremento de la DE de estas covariables dará como resultado .22, .17 y .40 de efecto sobre la DE del uso del preservativo, este modelo explica un 34.2% del total de la varianza, cabe mencionar que para este vector respuesta no resultó significativa ninguna covariable de los facilitadores e inhibidores de la transición, los detalles se muestran a continuación (Tabla 57).

Tabla 57

Modelo lineal generalizado del modelo COSEMI con coeficiente beta para uso del preservativo

	Variable dependiente	B	Sesgo	SE	p	IC 95%	
						Li	Ls
Uso del preservativo	Intersección	15.44	-.03	9.49	.110	-3.24	35.28
	Responsabilidad S.S.	.20	-.00	.09	.020	.03	.37
	Actitud sexual						
	Permisividad	.07	.00	.06	.239	-.05	.19
	Machismo sexual	-.03	.07	.08	.737	-.17	.15
	Conocimientos sobre VIH	-.03	.00	.05	.614	-.13	.08
	Discriminación social	-.04	.00	.05	.357	-.14	.05
	C.S.P.P.	.17	.00	.05	.002	.06	.28
	Autoeficacia S.S.						
	Decir no	-.07	.00	.05	.171	-.16	.03
Uso del condón	.40	.00	.05	.001	.30	.48	
$R^2 = 34.2\%$							

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras; Responsabilidad S.S.= Responsabilidad con salud sexual; Permisividad= Actitud sexual permisividad; C.S.P.P.= Comunicación sexual con pareja potencial; Autoeficacia S.S.= Autoeficacia para sexo seguro; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza, Li= Límite inferior; Ls= Límite superior.

Así mismo, se utilizó el coeficiente Beta para el vector respuesta sexo seguro, en este modelo presentaron significancia estadística, dentro de los facilitadores e inhibidores, la actitud sexual permisividad ($\beta = .12$, $F_{[1, 292]} = 10.45$, $p = .005$), el machismo sexual ($\beta = -.18$, $F_{[1, 292]} = 12.78$, $p < .001$), los conocimiento sobre VIH

($\beta = -.10$, $F_{[1, 292]} = 7.58$, $p = .004$), y discriminación social ($\beta = .07$, $F_{[1, 292]} = 4.68$, $p = .032$). Así mismo, la autoeficacia decir no ($\beta = .09$, $F_{[1, 292]} = 8.00$, $p = .006$) y uso del condón ($\beta = .08$, $F_{[1, 292]} = 6.80$, $p = .011$) lo que significa que por cada incremento de la DE estas dos covariables dará como resultado .12, -.18, -.10, .07, .09 y .08 de efecto sobre la DE de sexo seguro, este modelo explica el 33.4% de la varianza total (Tabla 58).

Tabla 58

Modelo lineal generalizado de COSEMI con coeficiente beta para sexo seguro

		<i>B</i>	<i>Sesgo</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
						<i>Li</i>	<i>Ls</i>
	Intersección	58.44	-.18	6.19	.001	46.34	69.80
	Responsabilidad S.S.	.05	.00	.05	.319	-.05	.15
	Actitud sexual						
	Permisividad	.12	.00	.04	.005	.04	.20
	Machismo sexual	-.18	.00	.05	.001	-.29	-.08
Sexo seguro	Conocimientos sobre VIH	-.10	-.00	.03	.004	-.17	-.04
	Discriminación social	.07	.00	.03	.032	.00	.13
	C.S.P.P.	.05	.00	.06	.186	-.02	.12
	Autoeficacia S.S.						
	Decir no	.09	-.00	.03	.006	.02	.16
	Uso del condón	.08	.00	.03	.011	.02	.14
		$R^2 = 33.4\%$					

Nota: n= 301; Bootstrap= 1000 muestras; Responsabilidad S.S.= Responsabilidad con salud sexual;

Permisividad= Actitud sexual permisividad; C.S.P.P.= Comunicación sexual con pareja potencial;

Autoeficacia S.S.= Autoeficacia para sexo seguro; SE= Error estándar; IC= Intervalo de Confianza,

Li= Límite inferior; Ls= Límite superior.

Figura 14. Esquema final del modelo COSEMI con variable dependiente uso del preservativo.

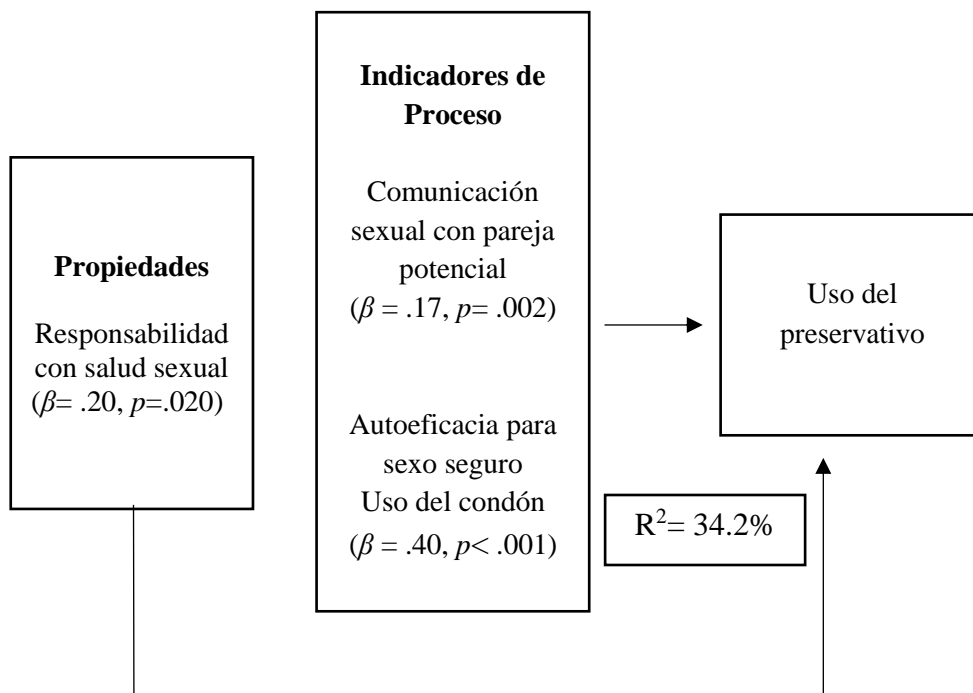


Figura 14. Se presenta esquema final del modelo COSEMI con variable dependiente uso del preservativo, en él se puede observar que de las propiedades de la transición, la responsabilidad con salud sexual tiene un efecto predictivo sobre el uso del preservativo, así mismo, de los indicadores de proceso, la comunicación sexual con pareja potencial y la autoeficacia para sexo seguro, uso del condón, presentan efecto predictivo sobre el uso del preservativo.

Figura 15. Esquema final del modelo COSEMI con variable dependiente sexo seguro.

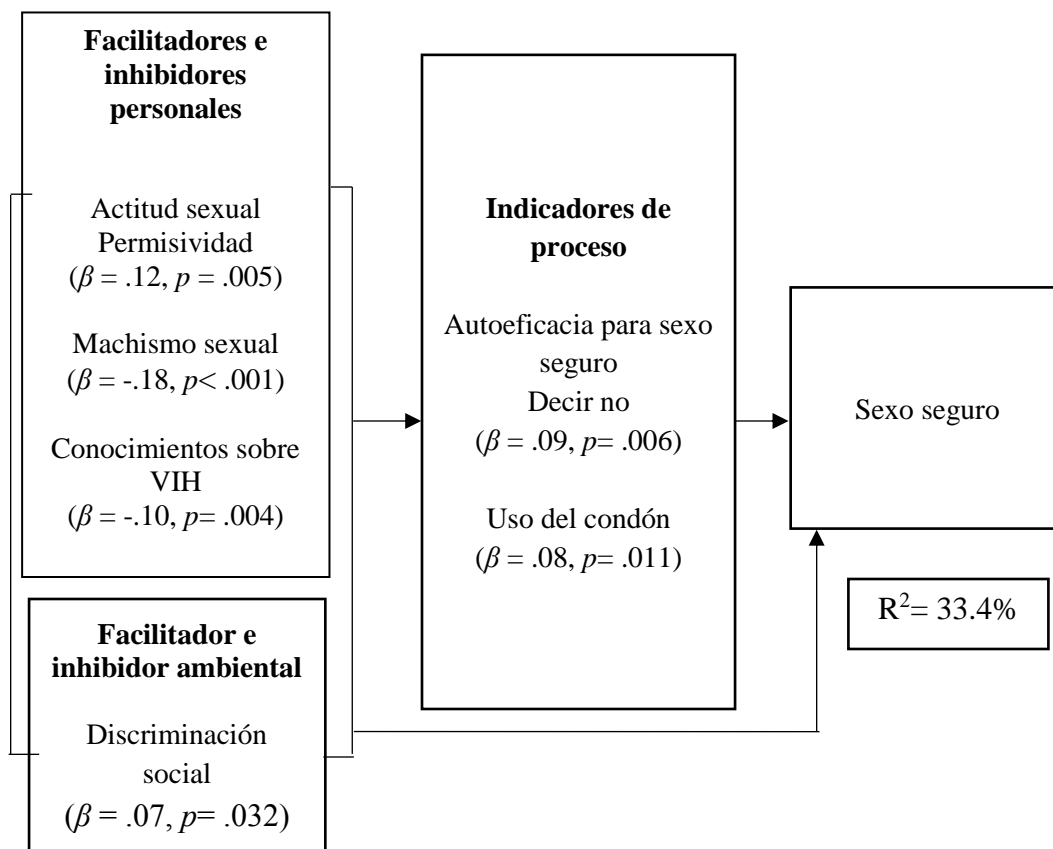


Figura 15. Esquema final del modelo COSEMI con variable dependiente sexo seguro, en este esquema se puede observar que los facilitadores e inhibidores de la transición tienen correlación entre sí, al mismo tiempo presentan efecto predictivo sobre el sexo seguro. Del mismo modo los indicadores de proceso de las autoeficacias para sexo seguro decir no y uso del condón, presentan efecto predictivo sobre el sexo seguro.

Capítulo IV

Discusión

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo probar de manera empírica el modelo de la transición de la conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa. En seguida se discuten los resultados obtenidos de los objetivos específicos y general, posteriormente se presentan las limitaciones de este estudio, conclusiones y recomendaciones en función de los hallazgos.

En primer lugar, en relación al objetivo específico uno del presente estudio, el cual fue identificar el efecto de las propiedades de la transición (percepción de riesgo para VIH y responsabilidad con salud sexual) sobre los facilitadores e inhibidores personales de la transición (motivos para tener sexo, machismo sexual, actitud sexual y conocimiento sobre VIH), así como los ambientales (acceso a servicios de salud y discriminación social).

Se encontró que una mayor percepción de riesgo para VIH se asoció con múltiples variables de los facilitadores e inhibidores, en el caso de los personales se pudo observar que aquellos migrantes con mayor creencia subjetiva acerca de la posibilidad de la exposición a una infección por VIH, referida por la probabilidad de infectarse o la sensación de vulnerabilidad percibida al VIH (percepción de riesgo para VIH), tienen menos razones para tener relaciones sexuales por establecer una conexión emocional y sentirse emocionalmente cerca de la pareja (motivo intimidad), así mismo existe mayor probabilidad de que tengan sexo por razones de generar confianza en sí mismos o sentirse atractivos e interesantes (motivo afirmación). Sin embargo, no se encontró ninguna asociación con la razón para tener sexo por la sensación que produce el acto sexual, por excitación o por satisfacer necesidades sexuales (motivo sentirse bien).

Wang et al. (2007), realizaron un estudio con migrantes de ambos sexos, encontraron que para las mujeres, la percepción de riesgo se asocia de manera negativa con una motivación basada en placer y satisfacción, y con la motivación extrínseca por cubrir un objetivo o una demanda externa. Para el caso de los varones sólo se relacionó con la motivación extrínseca, este hallazgo es similar a lo encontrado en el presente estudio, sin embargo, esto sólo aplica para las mujeres, por otra lado, en el caso de los hombres, se encontró lo contrario ya que al parecer los motivos están en función de lo externo, es decir, lo hacen por satisfacer a otros o por afirmar su hombría. Esta diferencia puede deberse a que por lo general la mujer busca compañía y tiende a involucrar sentimientos al momento de un encuentro sexual (Sudhinaraset, Mmari, Go & Blum, 2012). Cabe resaltar que en el caso del presente estudio, participó una proporción muy baja de mujeres, por lo que no fue posible hacer diferencias de género respecto a las asociaciones encontradas.

Así mismo se encontró que los migrantes que comparten la misma característica de esta propiedad de la transición (mayor percepción de riesgo para el VIH) presentaron y tienen más probabilidad de presentar menor creencia acerca de que ciertas conductas sexuales que se consideran de riesgo son aceptables, como los son, tener múltiples parejas sexuales, parejas ocasionales y libertinaje sexual en general (actitud sexual permisividad). Sin embargo, no se encontró ninguna asociación con la creencia que favorece la práctica de conductas sexuales, en las que se involucran sentimientos amorosos, donde su principal característica es la unión de dos personas con sentimientos de amor mutuo (actitud sexual comunión) o con la creencias acerca de que las relaciones sexuales son el medio para un fin determinado, por lo general, obtener placer propio o de otra persona y así disfrutar físicamente del contacto sexual (actitud sexual mediación).

Wang, Muessig, Li y Zhang (2014) en su estudio mencionan que la percepción de riesgo sexual se ve influenciada por la exposición a nuevas actitudes sexuales en las zonas urbanas, es decir, los migrantes de zonas rurales al acceder a las zonas urbanas

cambian su postura ante la sexualidad por una más abierta, y esto los vuelve menos perceptivos hacia el riesgo de contraer VIH. Este hallazgo arroja un resultado muy similar al del presente estudio, pues en ambos se puede observar que en tanto los migrantes se inclinen ante una actitud sexual permisiva o más abierta hacia diversas conductas sexuales consideradas de riesgo, serán menos capaces de advertir que lo que están llevando a cabo puede generar problemas que impacten directamente en su salud sexual. Otra similitud, fue que no se presentó asociación entre la percepción de riesgo con alguna otra actitud sexual (comunidad o mediación) por lo que a reserva de futuros estudios, se puede decir que una actitud sexual libertina está estrechamente relacionada con sentirse o no vulnerable hacia el VIH.

Otra asociación con este hallazgo (mayor percepción de riesgo para el VIH), fue que los migrantes con ésta característica, presentaron y tienen más probabilidad de presentar menor creencia cultural que demarca la superioridad del hombre ante la mujer, adjudicándole derechos como el de tener más de una pareja sexual, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y tener sexo con trabajadoras sexuales. Kendal y Pelcastre (2010), realizaron un estudio con mujeres mexicanas migrantes para explorar la percepción de riesgo para el VIH y el uso del condón, ellos encontraron que la infidelidad sexual masculina contribuye a aumentar la percepción de vulnerabilidad al VIH, es decir, al estar presente la idea de que el varón tiene más derechos sexuales que la mujer, se presenta mayor percepción de riesgo para el VIH.

Este resultado difiere del presente estudio, puesto que los autores indican que las participantes estaban conscientes de que sus maridos mantenían relaciones sexuales fuera del matrimonio, por lo que ellas percibían que estaban más vulnerables para contraer el VIH. Cabe mencionar que la totalidad de la muestra de ese estudio estuvo conformada por mujeres, a diferencia del presente estudio que en su gran mayoría fueron de sexo masculino, este hallazgo puede inferir que el sexo de los participantes puede ser

un determinante para que su percepción de riesgo del VIH esté ligada al machismo sexual característico de la población mexicana.

Por último, otra asociación encontrada en los migrantes que presentaron ésta característica (mayor percepción de riesgo para el VIH), fue tener menos experiencias percibidas acerca de haber experimentado exclusión social bajo estereotipos, estigmas y segregación. Bandyopadhyaya y Thomas (2002) realizaron un estudio con mujeres migrantes trabajadoras de Hong Kong con el objetivo de conocer las desigualdades de género respecto al VIH/sida y encontraron que la mayoría de las que percibían vulnerabilidad de riesgo para el VIH, percibían a la vez mayor discriminación social. Otro estudio realizado por Smith-Estelle y Gruskin (2003) con mujeres migrantes de comunidades de Nepal, encontraron que la discriminación social y de género disminuye la percepción de vulnerabilidad al riesgo de contraer el VIH.

De acuerdo con los resultados, el estudio de Smith-Estelle y Gruskin (2003), apoya lo encontrado en el presente estudio, dado que la mayoría de sus participantes tiende a percibir alto grado de discriminación por dos principales condiciones sociodemográficas, ser mujeres y ser migrantes. Por otro lado, en el caso del estudio de Bandyopadhyaya y Thomas (2002) el resultado difiere del hallazgo del presente estudio, sin embargo, cabe mencionar que los participantes de su estudio fueron de sexo femenino y en un contexto geográfico y cultural muy distinto. A diferencia del presente estudio realizado al otro lado del mundo, y con población masculina en general, no es posible hacer una inferencia acerca del porque estas relaciones varían o se asemejan, lo más lógico puede ser que tanto el sexo como la cultura tengan una influencia en ellos, a reserva de nuevos hallazgos o estudios que indiquen al más.

Además de las asociaciones antes mencionadas, algunos estudios reportaron otras asociaciones que en el presente estudio no se identificaron. Respecto a la relación de la propiedad de la transición percepción de riesgo para VIH con el conocimiento sobre VIH, el estudio de Barrett y Mulugeta (2010) encontraron en inmigrantes etíopes y

eritreos residentes de West Midlands en el Reino Unido, que ellos percibían un ambiente de bajo riesgo del VIH y este estaba relacionado con poco conocimiento o comprensión de la epidemia del virus. Como se puede observar a diferencia de los resultados del presente estudio, se encontró relación de estas dos variables y dicha relación puede deberse a que si el migrante ignora cual son los medios y las vías por las cuales puede infectarse, existe la posibilidad de que no perciba riesgo alguno.

De igual forma, que con la variable anterior, en el presente estudio no se encontró asociación entre la percepción de riesgo para el VIH con el acceso a servicios de salud, sin embargo, Amirkhanian et al. (2011) en su estudio con migrantes varones de Asia central en Rusia, encontraron que la falta de acceso a los servicios, incluidos los de salud, se relacionó con una baja percepción de vulnerabilidad hacia el VIH. Así mismo, Smith-Estelle y Gruskin (2003), encontraron que la falta de atención sanitaria disminuye la percepción de vulnerabilidad al riesgo de contraer VIH. Así mismo, Munyewende, Rispel, Harris y Chersich (2011), realizaron un estudio con mujeres migrantes de Zimbabue en Johannesburgo en donde encontraron barreras de acceso a servicios de salud asociadas a percepciones de riesgo de VIH relativamente bajas.

A pesar de los resultados del presente estudio, diversos fueron los autores que encontraron relación entre ambas variables. Los tres estudios encontrados hacen alusión a que la relación existente entre percibirse en riesgo de adquirir el VIH, y acceder a sistemas sanitarios, tienen una relación positiva, es decir, mientras los migrantes no tengan acceso a servicios de salud en general, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, su percepción acerca de estar expuestos al VIH no aumentará, esto puede deberse al menos a dos cosas: por un lado si el migrante no tiene un acercamiento a donde pueda recibir información acerca de su estado de salud, así como educación que lo mantenga informado acerca de ITS incluyendo el VIH y otras enfermedades, es probable que nunca perciba que está en riesgo. Por otro lado, si el migrante no se percibe

en riesgo de contraer el VIH puede no tener motivos para buscar atención sanitaria, por lo que en ambos casos se crea una relación entre ambas variables.

Para dar continuidad al primer objetivo específico, respecto a la propiedad de la transición faltante, se encontró que una mayor responsabilidad con salud sexual se relacionó con múltiples variables de los facilitadores, en el caso de los personales, se pudo observar que aquellos migrantes con mayor compromiso para realizar acciones que promuevan la conservación de su salud sexual, entre las que puede encontrarse el estar consciente de la salud sexual, tener interés y estar pendiente de ella, así como realizar acciones para preservarla (responsabilidad con salud sexual), tienen menor creencia acerca de que ciertas conductas sexuales que se consideran de riesgo son aceptables, como los son tener múltiples parejas sexuales, parejas ocasionales y libertinaje sexual en general (actitud sexual permisividad), así como menor creencia acerca de que las relaciones sexuales es el medio para un fin determinado, por lo general para obtener placer propio o de otra persona y así disfrutar físicamente del contacto sexual (actitud sexual mediación). Sin embargo, no se presentó asociación con la creencia que favorece la práctica de conductas sexuales en las que se involucran sentimientos amorosos, su principal característica es la unión de dos personas con sentimientos de amor mutuo (actitud sexual comunión).

Solorio, Forehand y Somoni (2013) realizaron un estudio con inmigrantes latinos HSH con el objetivo de examinar sus creencias y actitudes hacia la prueba del VIH, lo que incluyó sus barreras y facilitadores percibidos asociados con las pruebas. Encontraron que aquellos migrantes que no se realizaban la prueba para VIH tendían a tener actitud sexual más abierta, como tener más de una pareja sexual. De acuerdo con el hallazgo de esta investigación, pueden igualarse con los del presente estudio, dado que en ambos se observa que la asociación entre variables es negativa, es decir, en tanto una aumenta la otra disminuye y viceversa. Independientemente de que la población del estudio de Solorio et al. (2013) se enfocaron en un grupo particular de migrantes como

HSH, se demuestra que tanto migrantes heterosexuales como homosexuales, presentan la misma asociación entre estas variables, además, el hallazgo tiene lógica, dado que si el migrante no tiene un sentido de responsabilidad con su salud sexual, es muy probable tenga una actitud muy abierta sobre su sexualidad y se permita así mismo practicarla sin muchas restricciones.

Otra relación de esta propiedad presentada por los migrantes (mayor responsabilidad con salud sexual), se relacionó con tener menor creencia cultural que demarca la superioridad del hombre ante la mujer, adjudicándole derechos como el de tener más de una pareja sexual, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y tener sexo con trabajadoras sexuales. Solorio, et al. (2013) encontraron que aquellos migrantes que no se realizan pruebas del VIH, por lo general, es por tener un pensamiento machista y consideran que tienen derecho a dormir con hombres y mujeres a la vez. Este hallazgo es similar al del presente estudio puesto que a medida que una variable se incrementa la otra decrece, se entiende que esta relación rebasa las preferencias sexuales de los migrantes, e independientemente de que sus relaciones sean heterosexuales u homosexuales, arraigan pensamientos y creencias sexistas, que los aleja de ser responsables con su sexualidad y por consecuencia menos conservación y cuidado de su salud sexual.

Otra relación de ésta característica (responsabilidad con salud sexual) fue tener mayor conjunto de información sobre el VIH, así como de sus medios de transmisión y prevención. Guo, Li, Song y Liu (2014) analizaron los datos de 307 jóvenes hombres migrantes HSH en Beijing, para analizar el comportamiento bisexual y los factores sociodemográficos y de comportamientos asociados, encontraron que la participación en actividades de prevención del VIH/sida, se asoció con el conocimiento del mismo, es decir a mayores conocimientos sobre VIH/sida, mayor era su participación en actividades para prevenirlo (como adquisición de preservativos e información, y realizarse la prueba del VIH).

Así mismo, Ford y Holomyong (2016) realizaron un estudio con trabajadores migrantes en Tailandia, y encontraron una asociación entre el aumento de conocimiento acerca del VIH/sida, con el aumento de realizarse pruebas del VIH. Estos hallazgos son similares a los reportados por el presente estudio, pues en ellos se puede observar que los migrantes al tener mayores conocimientos sobre el VIH, son más responsables con su salud sexual, esto puede deberse a que cuando están conscientes de la existencia de la enfermedad y los modos de prevenirla, así como los medios de transmisión, tienden a ser más cuidadosos y la medida más fundamental para ser responsable con su salud sexual en términos del VIH, es realizarse pruebas para descartar su presencia. Por lo que la asociación entre estas dos variables, es común de encontrarse de esta forma, independientemente de la edad de los migrantes, como se puede observar en el estudio Guo et al. (2014) con población migrante más joven.

La última relación del presente estudio encontrada de esta propiedad de la transición (responsabilidad con salud sexual) fue con un facilitador e inhibidor ambiental, la cual se traduce en referir menos experiencias acerca de haber experimentado exclusión social bajo estereotipos, estigmas y segregación. En el estudio de Solorio et al. (2013) encontraron que aquellos migrantes que no se realizan pruebas del VIH, en su mayoría lo hacen por miedo a ser señalados o estigmatizados como enfermos, y refieren sentir más señalamiento por parte de otros latinos que por parte de estadounidenses.

Este hallazgo es similar al del presente estudio, dado que en ambos se encontró asociación negativa entre las variables. Solorio et al. (2013) indica que los migrantes que no se realizan pruebas del VIH, es por miedo a ser estigmatizados, esto crea una relación específica de discriminación que afecta la responsabilidad con la salud sexual, aun y cuando esta pueda estar en riesgo. Cabe mencionar que los migrantes del estudio de Solorio et al. (2013) tenían la característica de ser HSH, la cual está contemplada como una población clave para VIH, por lo cual se esperaría que fuera más probable, al menos

a realizarse una prueba del VIH con frecuencia. En el caso del presente estudio fue poca la proporción de HSH, según lo reportado por la subescala de la variable dependiente sexo seguro, sin embargo, los resultados no variaron en función de asociación puesto que es probable que la discriminación interrumpa la idea de ser sexualmente responsable.

Al igual que con la propiedad de la transición percepción de riesgo para el VIH, en el caso de la responsabilidad con salud sexual, no se reportó relación con todos los facilitadores e inhibidores de la transición, sin embargo, en la literatura se encontraron otras relaciones entre estas variables. Por ejemplo Rangel et al. (2012) en su estudio examinaron la prevalencia de la infección por el VIH, los factores de riesgo conductuales para este virus y otras ITS, así como el acceso a los servicios de prueba y tratamiento de VIH/ITS, en una muestra de 40,465 migrantes de ambos sexos deportados de EE.UU., encontraron una asociación entre el historial sobre pruebas del VIH/ITS y acceso a servicios médicos, lo que indica que cuando los migrantes presentan menos responsabilidad con su salud sexual, como lo es no realizarse una prueba VIH o de alguna ITS, a pesar de haber estado expuestos y en riesgo, reportan menos acceso a servicios de salud para la adquisición de tratamiento, sin embargo, este fenómeno se presentó más en hombres que en mujeres, además Solorio et al. (2013) encontraron que aquellos migrantes que no se realizaban la prueba del VIH, referían que era por el alto costo y el miedo a tener que pagar un tratamiento posterior.

Contrario al resultado del presente estudio, lo encontrado por otros autores sugiere que sí existe una relación entre ambas variables, en el caso de Rangel et al. (2012), se observó que independientemente de haber estado expuestos a un riesgo sexual, los migrantes no se realizan la prueba del VIH, y a su vez no tuvieron acceso a servicios de salud, en cuestión del acceso a servicios, es común que los migrantes no accedan a atención sanitaria, por su estatus legal y el miedo a ser deportados, por lo que si no se accede a servicios de salud, es común que no se acceda a una prueba de VIH. En

el caso de Solorio et al. (2013) el resultado es similar, ya que menor responsabilidad con salud sexual definida por la realización de una prueba de VIH, se asoció con menor acceso a servicios de salud, sin embargo, estos migrantes refirieron que el principal factor por el que no llevaban a cabo ninguna de las acciones, era por falta de recurso monetario para ambas cosas, tanto las pruebas de VIH como la atención médica.

En relación al objetivo específico dos del presente estudio, el cual plantea establecer el efecto de las propiedades de la transición (percepción de riesgo para VIH y responsabilidad con salud sexual) sobre el comportamiento sexual seguro (uso del preservativo y sexo seguro). Se encontró que aquellos migrantes con mayor creencia subjetiva acerca de la posibilidad de la exposición a una infección por VIH, referida por la probabilidad de infectarse o la sensación de vulnerabilidad percibida al VIH (percepción de riesgo para el VIH) se asoció con menor frecuencia evitando situaciones o prácticas sexuales que se consideran inseguras o de riesgo, como el consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia (sexo seguro). Sin embargo no se asoció con referir la frecuencia en que utiliza el condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, esto incluye también la frecuencia con la que el migrante porta un condón habitualmente y el uso del mismo bajo circunstancias de excitación (uso del preservativo).

De acuerdo a estos hallazgos, Pinedo et al. (2014), examinaron los factores asociados con la percepción del riesgo para el VIH en hombres deportados usuarios de drogas inyectables, ellos identificaron una correlación entre el riesgo percibido de VIH, con haber pagado por sexo a una MTS, es decir, esto se asoció negativamente con el riesgo del VIH percibido. En el estudio de Li et al. (2004) con migrantes de las ciudades de Nanjing y Beijing, encontraron que la percepción de vulnerabilidad (sentirse en riesgo de adquirir el VIH) se asoció con el alto riesgo sexual. Es decir, a mayor percepción de riesgo, igual o menores comportamientos sexuales seguros. Por su parte,

K. W. Wang et al. (2013) en su investigación con migrantes solteros, encontraron que la mala percepción de riesgo para VIH, era un indicador para realizar conductas sexuales de riesgos.

De acuerdo a los hallazgos en función de estas variables, se encontraron diferencias y similitudes. En el caso del estudio de Li et al. (2004) se encontró similitud en los resultados, dado que los migrantes que reportaron sentir mayor percepción de riesgo de haber adquirido el VIH, por lo general habían presentado comportamientos de riesgo sexual, es decir, no habían practicado sexo seguro, este puede ser el motivo de la relación entre las variables, puesto que este pensamiento posterior a actos sexuales riesgosos, pone en alerta a los migrantes ante el posible riesgo de haber adquirido una ITS. En el caso de las investigaciones con resultados distintos, tanto el estudio de Pinedo et al. (2014) como el de K.W. Wang et al. (2013) demostraron que la relación entre estas variables puede presentarse de modo contrario, tanto de relación como de efecto predictivo, estos resultados pueden deberse a que mientras que los migrantes no se sientan vulnerables para adquirir una infección como lo es por el VIH, sus comportamientos sexuales seguirán siendo riesgosos, el comportamiento sexual seguro que lleguen a adoptar, dependerá del riesgo que perciban de contraer ITS/VIH.

Como se mencionó anteriormente, no se encontró asociación entre la percepción de riesgo para el VIH con el uso del preservativo, sin embargo, de acuerdo con Solorio et al. (2013) encontraron que aquellos migrantes que tenían baja percepción de riesgo para contraer el VIH, realizaban prácticas sexuales inseguras, como penetración anal sin usar preservativo, así como prácticas bisexuales. Además Barrett y Mulugeta (2010) reportaron que sus participantes presentaban poca percepción de riesgo para el VIH, al igual que conductas sexuales como no utilizar preservativos y no permitir que las mujeres tampoco los usaran.

A pesar de que en el presente estudio no se encontró asociación entre estas dos variables, algunos autores reportaron que esta relación existe, puesto que reportaron que

la baja percepción de riesgo se vio influenciada por la mala comprensión de la epidemia del VIH, lo que dio lugar a conceptos erróneos serios que condujeron a la práctica sexual arriesgada. Así mismo, se encontró que el no usar preservativo, fue asociado a la baja percepción de riesgo al VIH, estos resultados suenan lógicos, puesto que puede inferirse que una persona independientemente de su situación migratoria, puede realizar actos sexuales inseguros al no percibir riesgo en ellos.

Por otro lado, respecto a la otra propiedad de la transición, es decir la responsabilidad con la salud sexual, se encontró asociación entre esta con el uso del preservativo, es decir, que aquellos migrantes con mayor compromiso para realizar acciones que promuevan la conservación de su salud sexual, entre las que puede encontrarse el estar consciente de la salud sexual, tener interés y estar pendiente de ella, así como realizar acciones para preservarla, refirieron y tienen mayor probabilidad de referir mayor frecuencia utilizando condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginales, anales u orales, esto incluye también la frecuencia con la que el migrante porta un condón habitualmente y el uso del mismo bajo circunstancias de excitación (uso del preservativo). Así mismo, refirieron y tienen mayor probabilidad de referir mayor frecuencia evitando situaciones o prácticas sexuales que se consideran inseguras o de riesgo, como el consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia (sexo seguro).

De acuerdo con esto, Wang, Li, Stanton y McGuire (2010) en su investigación encontraron una asociación entre prácticas como múltiples parejas sexuales, pagar o recibir dinero a cambio de sexo, inconsistencia en el uso del condón y consumos de drogas, con haberse realizado pruebas de VIH o ITS (acción considerada como responsable para la salud sexual). Por otro lado, Weine et al. (2013) en su estudio con migrantes masculinos de Tayikistán a Moscú, encontraron que entre menos se realizaban la prueba del VIH, se asoció con el sexo sin protección con MTS. Por su parte, Song, et

al. (2011) en su investigación encontraron tres resultados que fueron significativamente asociados con realizarse la prueba del VIH en HSH, estos fueron: antecedentes de ITS, número de parejas sexuales varones durante su vida y el uso del condón en los últimos tres encuentros sexuales anales.

De acuerdo al hallazgo reportado por Wang et al. (2010) entre estas dos variables, en el cual detallan la relación entre el ser responsable al realizarse una prueba de VIH con CSR, en los que se incluye el ser inconsistente con el uso del condón entre otros, difieren de los del presente estudio, sin embargo, es lógico que una persona que presenta comportamientos sexuales no seguros esté interesada en querer conocer su estado de salud por medio de una prueba del VIH. El estudio de Song et al. (2011) por su parte, refleja un resultado similar, puesto que los migrantes de su estudio que no tenían presentaban CSR, no se realizaban pruebas del VIH, sin embargo esto no significa que no sean responsables con su salud sexual, simplemente esta acción responsable terminaba por no ser considerada como necesaria si no se involucran en CSR.

No obstante, esta investigación de Weine et al. (2013) apoya los resultados del presente estudio, dado que los migrantes que no presentan la responsabilidad de realizarse la prueba, se asociaron con recurrir a una conducta sexual de riesgo muy insegura, como no utilizar condón con una población clave como MTS, esto indica que la decisión de tomar o no una prueba de VIH, a pesar de ser una acción muy responsable, independientemente si se estuvo expuesto o no a un riesgo sexual, termina por ser una decisión personal de cada migrante.

De acuerdo con el objetivo específico tres en el cual se planteó conocer la relación que existe entre los facilitadores e inhibidores personales de la transición (motivos para tener sexo, actitud sexual, machismo sexual, conocimientos sobre VIH), con los facilitadores e inhibidores ambientales (acceso a servicios de salud y discriminación social). Con base en esto, se encontró que el facilitador e inhibidor

ambiental, discriminación social fue la variable que se relacionó con algunos de los facilitadores e inhibidores personales así como con el acceso a servicios de salud.

Es decir, aquellos migrantes que refirieron menos experiencias de su percepción acerca de haber experimentado exclusión social bajo estereotipos, estigmas y segregación, presentaron mayores razones para tener relaciones sexuales por establecer una conexión emocional y sentirse emocionalmente cerca de la pareja (motivo intimidad). Sin embargo, no se presentó relación con las razones para tener relaciones sexuales por la sensación que produce el acto sexual, por excitación o por satisfacer necesidades sexuales (motivo sentirse bien), de igual forma no se presentó relación con las razones para tener sexo por generar confianza en sí mismo, sentirse atractivo e interesante (motivo afirmación). Así mismo, se presentó una correlación entre este facilitador e inhibidor ambiental (menor discriminación social) con menor creencia cultural, que demarca la superioridad del hombre ante la mujer, adjudicándole derechos como el de tener más de una pareja sexual, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y tener sexo con trabajadoras sexuales (machismo sexual).

Referente a estas dos asociaciones entre variables, no fue posible encontrar literatura que las apoyara, sin embargo, de acuerdo con la teoría de las transiciones de Meleis et al. (2000), los facilitadores e inhibidores personales y ambientales presentan una relación entre sí, por lo cual se contemplaron desde un inicio, y si bien estas relaciones no representan una barrera o beneficio sobre la variable resultado, si es de importancia conocer las relaciones internas del modelo COSEMI.

Por otro lado, se encontró correlación entre ambas variables de los facilitadores e inhibidores ambientales, esto indicó que aquellos migrantes que refirieron haber experimentado menos exclusión social bajo estereotipos, estigmas y segregación, reportaron menor disponibilidad percibida para adquirir servicios de salud, tales como consultas médicas, exámenes diagnósticos e información acerca de su estado de salud. De acuerdo con Wong, Chang y He (2007) en su investigación encontraron que los

trabajadores migrantes están excluidos en gran parte de la seguridad social y las prestaciones médicas en las ciudades urbanas, por no ser residentes oficiales. Por otro lado, Davis et al. (2016) realizaron un estudio con migrantes trabajadores sexuales de China, y encontraron que el acceso a servicios sanitarios estaba fuertemente asociado al aislamiento social, es decir, entre mayor era su percepción de aislamiento, más se inhibían en su capacidad para acceder a servicios de salud, así mismo, Ochoa y Sampalis (2014) realizaron una investigación con mujeres inmigrantes latinas en Canadá, y encontraron que la discriminación fue el obstáculo principal en el acceso a los servicios de salud sexual.

De acuerdo a los hallazgos encontrados en la literatura acerca de la relación entre estas dos variables, se encontró que los tres difieren de lo encontrado en el presente estudio, sin embargo, los tres son similares entre sí, como se pudo observar, la diferencia radica en que en los resultados del presente estudio, los migrantes refirieron que entre menor exclusión social habían experimentado, menor era su capacidad para acceder a servicios sanitarios de salud, mientras que los estudios encontrados refirieron que la discriminación experimentada por los migrantes, se transformaba en una barrera que impedía o dificultaba acceder a un servicio de salud por más básico que fuera.

Existe la posibilidad de que el factor que haya influido en esta discrepancia haya sido el momento en que se abordaron los migrantes, es decir, los tres estudios se realizaron en migrantes los cuales ya estaban instalados en el lugar en donde laboraban o residían, lo que hacía evidente que por su situación legal no tenían acceso a servicios de salud y por razones obvias se sentían discriminados, mientras que los migrantes del presente estudio no se encontraban en el lugar que se habían planteado como destino, algunos eran deportados y otros estaban en tránsito, si se considera que una proporción mayor fueron de origen mexicano, al momento de aplicárseles los instrumentos, se encontraban fuera de su territorio natal, por lo que esto puede ser una barrera para el acceso a servicios de salud. Respecto a la baja discriminación social relacionada a esta

variable, puede deberse a que por el mismo hecho de estar en tránsito no se mantienen el tiempo suficiente en la frontera norte del país como para experimentar la discriminación de la población local a diferencia de quien ya radica en su destino planeado, esta puede ser una inferencia acerca del porqué difieren los resultados.

Por último y al igual que en los objetivos específicos anteriores, los resultados del presente estudio no arrojaron relaciones que la literatura dio a conocer, tal es el caso de la relación entre el facilitador e inhibidor ambiental: discriminación social y el facilitador e inhibidor personal: conocimientos sobre el VIH, en la cual de acuerdo con Bam et al. (2013), en su estudio encontraron que el estigma y la discriminación pueden asociarse con el conocimiento pobre de las vías de transmisión del VIH y de acuerdo a las respuestas de los migrantes, ellos no se consideran precavidos para utilizar condones incluso con las MTS. De acuerdo con estos resultados, a diferencia de lo encontrado en el presente estudio, esta relación puede deberse a que cuando se es ignorante respecto a los medios de transmisión de una infección como la del VIH, se les facilita señalar a poblaciones vulnerables bajo estigmas, en los cuales se incluye el ser portadores de una enfermedad, y estos al tener conocimientos insuficientes o nulos, pueden no saber afrontar ese tipo de situaciones, por lo que este puede ser el origen de esta relación, entre la ignorancia y la indiferencia de las sociedades en la que los migrantes residen.

De acuerdo con el objetivo específico cuatro, el cual se enfoca en definir la relación existente entre los facilitadores e inhibidores personales (motivos para tener sexo, actitud sexual, machismo sexual y conocimiento sobre VIH) y ambientales (acceso a servicios de salud y discriminación social) con los indicadores de proceso de la transición (comunicación sexual con pareja potencial, autoeficacia para sexo seguro y afrontamiento al riesgo sexual). Se puede observar que de los facilitadores e inhibidores personales, en los motivos para tener sexo, únicamente aquellos migrantes con mayores razones para tener sexo por generar confianza en sí mismo, sentirse atractivo e interesante (afirmación), tienen más probabilidades de emplear el medio verbal para

expresar inquietudes y temores con la persona con la que planean tener sexo o aquella hacia la que sienten atracción o interés sexual (comunicación sexual con pareja potencial). Sin embargo, las razones para tener sexo por la sensación que produce el acto sexual, por excitación y satisfacer necesidades sexuales (sentirse bien) o por establecer una conexión emocional y sentirse emocionalmente cerca de la pareja (intimidad) no presentaron ninguna asociación.

De acuerdo con Winett, Harvey, Branch, Torres y Hudson (2011), encontraron que los migrantes que tienen poca comunicación sexual con sus parejas, refirieron que el motivo por el que tienen sexo con otras personas, es por experimentar nuevas sensaciones y satisfacer sus deseos. De acuerdo a este hallazgo se puede observar que difiere del encontrado en el presente estudio, dado que los resultados reportados por los autores indican que cuando existe poca comunicación sexual entre la pareja, tienden a realizar actos sexuales con otras personas, por clamar sus deseos sexuales, lo que se traduce en tener sexo por el motivo de sentirse bien, mientras que en el resultado del presente estudio este motivo no tuvo ninguna relación con el medio verbal de los migrantes.

Lo anterior puede deberse a que cuando el migrante entabla una relación de confianza con su potencial pareja sexual, es posible que los encuentros sexuales que surjan a raíz de ahí le den mayor seguridad y confianza, y por ende lo hagan sentirse más atractivo. Por otro lado el resultado de los autores puede deberse a que cuando el migrante no tiene la confianza suficiente para hablar de temas sexuales con su pareja, es posible que busque otra opción, con la cual pueda satisfacer necesidades sexuales no cubiertas por la falta de una buena comunicación sexual de pareja.

Respecto al siguiente facilitador e inhibidor personal, se pudo observar que únicamente aquellos migrantes con mayor creencia acerca de que ciertas conductas sexuales que se consideran de riesgo son aceptables, como los son tener múltiples parejas sexuales, parejas ocasionales y libertinaje sexual en general (actitud sexual

permissividad), percibieron y tienen mayor probabilidad de percibir, menor capacidad para decir no a las relaciones sexuales con una persona bajo diferentes circunstancias, como tener poco de conocerla, no saber acerca de su historia sexual y no saber acerca de su historia de consumo de drogas (autoeficacia decir no), así mismo, percibieron y tienen mayor probabilidad de percibir, menor capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, como el uso de drogas inyectables, relaciones sexuales del pasado y experiencias homosexuales (autoeficacia preguntar).

De acuerdo con esta asociación, Wang et al. (2013) realizaron un estudio con mujeres trabajadoras migrantes del área rural a la urbana, y encontraron que una actitud más permisiva, como lo es ser más abiertas y tolerantes a las relaciones sexuales prematrimoniales, se asoció con menor autoeficacia para sexo seguro, lo cual se refleja en embarazos no deseados y adquisición de ITS. De acuerdo a este resultado, se observa que fue similar al del presente estudio, dado que una actitud sexual más abierta, se asoció con la capacidad de los migrantes para evitar alguna conducta sexual que les pueda poner en riesgo.

En el caso del estudio de Wang et al. (2013), la totalidad de las participantes fueron mujeres a diferencia del presente estudio, sin embargo, el resultado sugiere que independientemente del sexo del migrante, cuando se es más abierto hacia conductas sexuales, se tiene menor capacidad de evitar situaciones riesgosas, como resultado de una conducta sexual libertina, en el caso de las mujeres las repercusiones van desde contraer embarazos, hasta ITS y en el caso de los varones, puede ir desde tener relaciones sexuales con MTS hasta adquirir ITS/VIH.

Respecto al facilitador e inhibidor machismo sexual, se encontró que aquellos/as migrantes con mayor creencia cultural que demarca la superioridad del hombre ante la mujer, adjudicándole derechos como el de tener más de una pareja sexual, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y tener sexo con trabajadoras sexuales, percibieron y

tienen mayores probabilidades de percibir, menos capacidades para decir no a las relaciones sexuales con una persona bajo diferentes circunstancias, como tener poco de conocerla, no saber acerca de su historia sexual y no saber acerca de su historia de consumo de drogas (autoeficacia decir no). Cabe mencionar que para esta asociación no se encontraron estudios que indiquen la relación entre estas variables en población migrante, por lo que la base teórica empleada es el único soporte de esta asociación.

Por otro lado, el facilitador e inhibidor, conocimientos sobre el VIH, se pudo observar que, únicamente aquellos migrantes con mayor conjunto de información sobre el VIH, así como de sus medios de transmisión y prevención, percibieron y tienen más probabilidades de percibir, menos capacidades para decir no a las relaciones sexuales con una persona bajo diferentes circunstancias, como tener poco de conocerla, no saber acerca de su historia sexual y no saber acerca de su historia de consumo de drogas.

En este caso Sohn y Cho (2012) en su estudio con migrantes HSH en Corea del sur, revelaron que los migrantes con mayores conocimientos sobre el VIH, presentaban mayor autoeficacia para uso del condón, este resultado difiere del presente estudio, en donde la autoeficacia, la cual se refiere a la capacidad del migrante para negarse a tener relaciones en circunstancias que representan riesgos, fue la única que presentó asociación con los conocimientos sobre el VIH, no obstante, se presentó un fenómeno inusual, puesto que la relación indica que cuando el migrante tiene mayores conocimientos sobre el VIH, es menos eficaz evadiendo el sexo de alto riesgo.

En cambio, el estudio de Sohn y Cho (2012) indica que el migrante con más conocimientos, es más capaz de usar condones, la diferencia puede deberse a que el uso del condón está completamente ligado a los conocimientos relacionados con la prevención del VIH, mientras que el negarse a tener relaciones con personas con las que se tiene poco tiempo de conocer o que ya se ha tenido un contacto previo, puede no estar completamente ligado con el conjunto de información sobre el VIH, sino más bien, con la actitud sexual con la que la persona se identifique más.

Respecto a los facilitadores e inhibidores ambientales, en el caso del acceso a servicios de salud, se encontró que aquellos migrantes con mayor disponibilidad percibida para adquirir servicios de salud, tales como consultas médicas, exámenes diagnósticos e información acerca de su estado de salud, percibieron y tienen más probabilidades de percibir, más capacidades para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, como el uso de drogas inyectables, relaciones sexuales del pasado y experiencias homosexuales (autoeficacia preguntar). Así mismo, estos migrantes evadieron y tienen mayores probabilidades de evadir, el hecho de encontrarse en riesgo sexual al emplear su tiempo en actividades físicas como trabajo o deporte, así como intentar olvidar el riesgo y no pensar en ello.

En el caso del facilitador e inhibidor ambiental, discriminación social, se encontró que aquellos migrantes que refirieron menores experiencias sobre su percepción acerca de haber experimentado exclusión social bajo estereotipos, estigmas y segregación, percibieron y tienen más probabilidades de percibir, mayor capacidad para decir no a las relaciones sexuales con una persona bajo diferentes circunstancias, como tener poco de conocerla, no saber acerca de su historia sexual y no saber acerca de su historia de consumo de drogas. Así mismo, implementaron y tienen mayor probabilidad de implementar, más estrategias mentales y acciones, como analizar la causa del problema, establecer planes de acción y poner en acción soluciones concretas, para hacer frente a una situación sexual de riesgo; así como evadir y tener mayores probabilidades de evadir, el hecho de encontrarse en riesgo sexual al emplear su tiempo en actividades físicas como trabajo o deporte, e intentar olvidar el riesgo y no pensar en ello.

Respecto a las variables relacionadas con el acceso a servicios de salud, al igual que la discriminación social, como se pudo ver en algunos casos anteriores, no se encontró literatura que respaldara estas relaciones, sin embargo, las relaciones presentadas en este objetivo indican que son variables de interés en el contexto de la

sexualidad, por lo que una sugerencia para futuros abordajes es verificar que esta relación se da en alguna otra población con características similares.

Por último, y a diferencia de los casos anteriores, en el presente estudio no se encontró asociación entre el conocimiento sobre el VIH con la comunicación sexual con la pareja potencial, sin embargo Li, Li, Wang, Shao y Dou (2014) realizaron una investigación experimental, en la cual, al grupo experimental se le sometió a información acerca de orientación sobre prevención del VIH, y se encontró que los migrantes que fueron sometidos a esta información, aumentaron sus conocimientos sobre el VIH y mejoraron la comunicación con su pareja sexual, entre mayores eran sus conocimientos, mayor era su comunicación. Este estudio demostró una asociación entre estas dos variables, y esto puede deberse a que si el migrante ignora conocimientos básicos sobre el VIH, el medio verbal para expresar inquietudes sexuales con su pareja puede descuidarse, sin embargo al poseer el conocimiento, la comunicación puede mejorarse e incluso, es posible que esto influya en una práctica sexual más cuidadosa.

Así mismo, en el estudio de Hirsch, Higgins, Bentley y Nathanson (2002) se encontró una asociación entre el machismo sexual y la comunicación sexual con pareja potencial, los participantes fueron migrantes mexicanas y sus parejas, se encontró una asociación entre la comunicación sobre las emociones y el placer sexual entre la pareja, con el hecho de no hablar sobre la infidelidad del hombre. De acuerdo a este hallazgo, se observa que los participantes del estudio, indicaron que a pesar de tener comunicación sexual con sus respectivas parejas, éstas eran conscientes de la infidelidad de los migrantes, sin embargo, esta condición era aceptada, y no era un tema relevante, puesto que la comunicación sexual sobre su intimidad si existía, lo cual mantenía la relación de pareja viva.

De acuerdo con el objetivo específico cinco, el cual plantea determinar la influencia de los facilitadores e inhibidores personales (motivos para tener sexo, actitud sexual, machismo sexual y conocimientos sobre VIH) y ambientales (acceso a servicios

de salud y discriminación social) de la transición sobre el comportamiento sexual seguro (uso del preservativo y sexo seguro), se encontraron una serie de asociaciones que se describen a continuación.

Respecto a los facilitadores e inhibidores de la transición, dentro de la actitud sexual, se encontró que aquellos migrantes con menor creencia acerca de que ciertas conductas sexuales que se consideran de riesgo son aceptables, como los son tener múltiples parejas sexuales, parejas ocasionales y libertinaje sexual en general (permissividad), aumentan y tienen más probabilidades de aumentar, la frecuencia con la que evitan situaciones o prácticas sexuales que se consideran inseguras o de riesgo, como el consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia (sexo seguro). Sin embargo, esta variable no presenta ninguna asociación con la frecuencia con la que los migrantes utilizan el condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, esto incluye también la frecuencia con la que los migrantes portan un condón habitualmente y su uso bajo circunstancias de excitación (uso del preservativo).

De acuerdo con Huang et al. (2011) en su estudio encontraron que los participantes con actitud abierta hacia la sexualidad, como lo es tener sexo por placer, se asoció con diversas conductas sexuales, como tener más de una pareja sexual. Así mismo, Ganju, Mahapatra y Saggurti (2013) encontraron que las mujeres jóvenes presentaban mayor actitud permisiva respecto al sexo con las personas de su aldea u otros migrantes que regresaban, dado que consideraban que no eran comportamientos graves o penados, entre ellos destacaron tener relaciones sexuales por dinero, sin preservativo en su mayoría y con múltiples parejas sexuales, los hallazgos encontrados en estas investigaciones son similares a los reportados en el presente estudio, dado que en función al aumento de una actitud sexual abierta, el sexo seguro de los migrantes tiende a disminuir.

Esto resulta evidente, independientemente del contexto social y cultural de los migrantes de acuerdo a lo que se puede observar en los resultados, puesto que las tres poblaciones tienen características distintas. Y dado que una actitud permisiva se define entre otras cosas por estar a favor de tener múltiples parejas sexuales, esto lleva en sí ya un comportamiento sexual de riesgo inmerso. Y referente al uso del preservativo, únicamente Ganju et al. (2013) encontraron asociación entre esta variable con la actitud sexual permisividad, al considerar que la población de estos autores estaban enfocadas en zonas rurales y no en urbanas como en los otros dos estudios, cabe la posibilidad de que esta sea la razón por la que la mayoría del sexo era sin preservativo, es decir, porque los comportamientos sexuales permisivos se daban entre personas conocidas.

Otra asociación encontrada, fue la del facilitador e inhibidor personal, machismo sexual, en donde aquellos/as migrantes con menor creencia cultural que demarca la superioridad del hombre ante la mujer, adjudicándole derechos como el de tener más de una pareja sexual, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y tener sexo con trabajadoras sexuales, aumentaron y tienen más probabilidades de aumentar, la frecuencia con la que evitan situaciones o prácticas sexuales que se consideran inseguras o de riesgo, como el consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia (sexo seguro), así mismo, aumentaron la frecuencia con la que los migrantes utilizan el condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, esto incluye también la frecuencia con la que el migrante porta un condón habitualmente y su uso bajo circunstancias de excitación (uso del preservativo).

De acuerdo con este hallazgo, Huang et al. (2011) revelaron que los migrantes clientes de MTS, fueron más propensos a haber mantenido relaciones sexuales antes del matrimonio, y han tenido una pareja sexual de corto plazo además de su cónyuge a diferencia de los que no son clientes. Los clientes reportaron tasas más altas de haber pagado por sexo comercial en lugares donde se consigue ese servicio.

Por otro lado, Knipper et al. (2007) en su estudio encontraron una mayor adherencia a las normas masculinas tradicionales, asociado al uso del condón, es decir, que a mayor machismo, mayor uso del condón. Por otro lado, Zhou (2012) encontró que una mayor actitud machista, se relaciona con menos comportamientos sexuales de riesgo, debido a que mientras las inmigrantes se encontraban en China, dadas las normas culturales de su país, se veían sometidas a sólo tener una pareja sexual, y los varones solían tener pareja fuera del matrimonio, sin embargo, al estar en Canadá no se seguía esa norma, y las mujeres recurrían a más de una pareja sexual.

Gaspar, Gaspar, Simons-Morton, Reis y Ramiro (2008) encontraron un relación entre el machismo sexual con el uso del condón, dado que los participantes referían que si la mujer (novia) no aceptaba las relaciones sexuales sin condón, el varón buscaba otra chica que si las aceptara, esta es una clara influencia del machismo sexual con el uso del preservativo, además de referir que es el hombre quien tiene la decisión de usar o no preservativo durante las relaciones sexuales según su cultura. Así mismo, Barrett y Mulugeta (2010) encontraron que la dominación masculina tradicional con respecto a las cuestiones sexuales, explicó el bajo uso del condón masculino entre sus participantes, es decir, a mayor machismo sexual, menos uso del condón.

Respecto a estas variables, fueron múltiples los hallazgos referentes a las relaciones, tanto similares como distintas, dado que en el presente estudio se encontró una relación entre menor machismo con mayores comportamientos sexuales seguros, los estudios de Huang et al. (2011), Barrett et al. (2010) y Gaspar et al. (2008) encontraron una asociación que apoya lo reportado, puesto que de manera inversa sus participantes con mayor machismo sexual disminuían el comportamiento sexual seguro. En el caso de Huang et al. (2001), manifestaron relaciones con MTS y Barret et al. (2010) y Gaspar et al. (2008), disminuyeron el uso del preservativo. Mientras que las investigaciones realizadas por Knipper et al. (2007) y Zhou et al. (2012) presentaron un resultado distinto al del presente estudio, pues en ambos casos los migrantes que refirieron mayor

machismo sexual, referían mayores comportamientos sexuales seguros. Respecto a los estudios que apoyan lo encontrado por el presente estudio, es fácil comprender que una actitud machista sexual o sexista, implica que los varones sienten el derecho de tener múltiples parejas sexuales, por lo que al estar presente esta creencia, facilita no practicar sexo seguro. Sin embargo en el caso de los otros estudios discrepantes, en el caso de Knipper et al. (2007) el resultado puede deberse a que estos migrantes que referían haber tenido sexo fuera del matrimonio (actitud machista) se veían obligados a utilizar preservativo para evitar adquirir ITS y transmitirla a su conyugue, por lo que esto puede explicar el aumento del uso del preservativo, por otro lado el estudio de Zhou et al. (2012) explica que cuando las mujeres migrantes no se encontraban bajo las normas machistas tradicionales de su país, eran más libres de tener relaciones sexuales con más personas, por lo que esto puede explicar el hecho de porqué el sexo seguro disminuye en la medida que disminuye el machismo.

Otra asociación dentro de este objetivo fue la del facilitador e inhibidor personal, conocimientos sobre VIH, en el cual aquellos migrantes con menor conjunto de información sobre el VIH, así como de sus medios de transmisión y prevención, tienen más probabilidades de aumentar la frecuencia con la que evitan situaciones o prácticas sexuales que se consideran inseguras o de riesgo, como el consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia (sexo seguro). Sin embargo, esta variable no presenta ninguna asociación con la frecuencia con la que los migrantes utilizan el condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, esto incluye también la frecuencia con la que portan un condón habitualmente y su uso bajo circunstancias de excitación (uso del preservativo).

Respecto a este resultado se encontró que Caballero-Hoyos et al. (2013) encontraron asociación entre el haber estado expuesto a información preventiva de ITS y VIH asociado a bajas puntuaciones de conducta sexual de riesgo, así como efecto sobre

el sexo seguro en migrantes. En los estudios de Weine et al. (2013) y Knipper et al. (2007) encontraron una asociación entre conocimiento sobre VIH con el uso del preservativo. En otro estudio a cargo de Tiruneh et al. (2015) encontraron que los encuestados que habían recibido alguna vez información sobre el VIH/sida, eran más propensos a usar condones en su última relación sexual fuera del matrimonio, respecto a los que no habían recibido.

Así mismo, el estudio reportado por Li et al. (2004) obtuvo como hallazgo la asociación entre el conocimiento sobre el VIH, con el alto riesgo sexual, es decir, mayor conocimiento sobre transmisión y prevención del VIH, estuvo asociado al uso del condón. De igual forma, Li et al. (2014) encontraron que los migrantes que fueron sometidos a información referente a VIH, aumentaron su conocimientos de este y mejoraron sus comportamientos sexuales, entre mayores eran sus conocimientos, mejoraban sus comportamientos sexuales, como disminuir el sexo a cambio de dinero y aumentar el uso condón, sin embargo, no disminuyó el número de parejas sexuales.

Y por último Guo, et al. (2014) encontraron que entre mayores eran los conocimientos sobre el VIH, los migrantes presentaban mejores puntuaciones sobre número de parejas sexuales, sexo oral, anal y vaginal sin protección, relaciones sexuales sin protección con hombres o mujeres y participación en sexo comercial, además de consumo de sustancias (alcohol y drogas) antes del sexo.

Como se puede observar, la relación entre estas variables se encontró en buena cantidad de literatura que explica la asociación de las mismas, sin embargo de acuerdo a los hallazgos, de los autores todos difieren de lo reportado por el presente estudio, dado que en este, no se encontró asociación con el uso del preservativo, y en el caso de la variable que refiere la frecuencia con la que los migrantes evaden situaciones de riesgo sexual, la asociación presentada fue negativa, es decir, poco conocimiento se traduce a mayor sexo seguro, esto discrepa totalmente con lo que refiere la literatura y a la vez con

la lógica, es decir, el conocimiento sobre el VIH adecuado, generalmente es un indicador de un comportamiento sexual seguro.

A pesar de la clara desventaja teórica ante la literatura existente, el resultado del presente estudio puede tener una causa que debe considerarse, la cual es, que la mayoría de los migrantes tienen baja escolaridad y en muchas ocasiones nula, esto indica que probablemente nunca hayan recibido información acerca del VIH y sus medios de transmisión, por lo que es probable que únicamente cuenten con lo que han aprendido a lo largo de su vida, lo que se puede traducir en información sesgada, que puede llegar a atemorizarlos e impedirles llevar una sexualidad plena. Sin embargo, no se descarta la posibilidad de tener que revisar más a fondo el instrumento y verificar que los valores arrojados sean los correctos.

Por último, se encontró asociación del facilitador e inhibidor ambiental, discriminación social con el sexo seguro, esta asociación indica que aquellos migrantes que refirieron menos experiencias de su percepción acerca de haber experimentado exclusión social bajo estereotipos, estigmas y segregación, aumentaron y tienen más probabilidades de aumentar, la frecuencia con la que evitan situaciones o prácticas sexuales que se consideran inseguras o de riesgo, como el consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia (sexo seguro), sin embargo, esta variable no presenta ninguna asociación el uso del preservativo.

De acuerdo con Bam et al. (2013) el estigma y la discriminación de los migrantes, puede estar asociado a no ser precavidos para utilizar condones incluso con MTS, por otra parte, Amirkhanian et al. (2011) reportaron que la discriminación social que los migrantes percibían, se relacionó con comportamientos sexuales de riesgo, como mayor número de parejas sexuales y ocasionales. Otros autores como Bandyopadhyaya y Thomas (2002) encontraron que la mayoría de las migrantes que habían percibido discriminación, habían presentado menos comportamientos sexuales de riesgo, como

múltiples parejas sexuales, así mismo, Sudhinaraset et al. (2012) reportaron que la discriminación, que a su vez lleva al aislamiento social, se asoció con aumento en comportamientos sexuales de riesgo como la falta de uso de condón.

De acuerdo con los hallazgos de las investigaciones encontrados, se pudo constatar que los resultados son similares con los del presente estudio, dado que las relaciones muestran que mientras los migrantes perciban menos estigmatización y aislamiento, sus comportamientos sexuales serán menos riesgosos, esto puede deberse a que cuando el migrante percibe exclusión social, tiende a segregarse, por lo que no se incorpora de manera correcta a la sociedad, esto lo aleja de los beneficios que puedan estar disponibles, como servicios de salud que puedan favorecer el estatus tanto de su salud en general como de su salud sexual, además, esto puede orillarlos a relacionarse con personas que se conviertan en un factor de riesgo para su salud sexual, como MTS o UDI y otras poblaciones clave para VIH.

Al igual que en objetivos anteriores, se encontró una asociación que no se presentó en el modelo del presente objetivo, sin embargo si fue posible encontrarla en la literatura, de acuerdo con González-Block (2011) encontró que los migrantes con compañeros sexuales casuales y con uso inconsistente del condón, son menos propensos a haber recibido intervención pasiva e interactiva acerca de acceso a servicios de prevención para VIH. Así mismo, Amirkhanian et al. (2011) encontraron que la falta de apoyo social, entre ellos el acceso a servicios de salud, presentó una relación con mayores prácticas sexuales, como sexo con parejas ocasionales, sin protección y pagar por sexo, de igual manera, Sudhinaraset et al. (2012) encontraron que el limitado acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, se asoció con aumento en comportamientos sexuales de riesgo como la falta de uso de condón.

Respecto a estas interrelaciones, como se mencionó, en el presente estudio no se encontró asociación entre el acceso a servicios de salud con el comportamiento sexual seguro, sin embargo, estos estudios revelan la relación existente. De acuerdo a los

hallazgos de los autores de estas tres investigaciones, se encontró que el limitado acceso a servicios de salud se relacionaba tanto con inconsistencias con el uso del condón, como con otras CSR, como parejas ocasionales y sexo a cambio de dinero. Este resultado puede deberse a que mientras los migrantes no tienen la facilidad para apoyarse con sistemas de salud, entre los que se encuentra el enfocado a la salud sexual y reproductiva, limitan su acceso a preservativos e información útil acerca de la preservación de la salud sexual.

De acuerdo con el objetivo específico seis, en el cual se planteó identificar la influencia de los indicadores de proceso (comunicación sexual con pareja potencial, autoeficacia para sexo seguro y afrontamiento al riesgo sexual) sobre el comportamiento sexual seguro, se encontraron los siguientes resultados, en el caso de la variable comunicación sexual con pareja potencial, la asociación indica que aquellos migrantes con mayor empleo del medio verbal para expresar inquietudes y temores con la persona con la que planea tener sexo, o aquella hacia la que sienten atracción o interés sexual, aumentaron y tienen más probabilidades de aumentar, la frecuencia con la que utilizan el condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, esto incluye también la frecuencia con la que el migrante porta un condón habitualmente y su uso bajo circunstancias de excitación (uso del preservativo), así mismo, aumentaron la frecuencia con la que el migrante evita situaciones o prácticas sexuales que se consideran inseguras o de riesgo, como el consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia (sexo seguro).

De acuerdo a esta relación, el estudio de Tang et al. (2011) reveló que el patrón de tener comunicación sexual, se asoció significativamente con las relaciones sexuales prematrimoniales, por otro lado Xiao et al. (2013) encontraron en tres grupos de migrantes de distintas preferencias sexuales, que la asertividad de comunicación sexual se asoció significativamente con el uso del condón en los últimos tres encuentros

sexuales. Gaspar et al. (2008) reportaron una relación entre la comunicación sexual con el uso del preservativo, entre menos comunicación sexual tuvieran los migrantes con su pareja, amigos o padres, menor era el uso de preservativos, y por último Amirkhanian et al. (2011), encontraron que los migrantes que presentaban mayores normas sexuales de pareja, es decir, mejor comunicación sexual entre ellos, presentaban mayor sexo seguro al disminuir el número de parejas sexuales.

De acuerdo a los hallazgos en la literatura relacionada con estas variables, se observa una similitud de resultados entre las investigaciones de otros autores con las del presente estudio, dado que entre mejor sea la comunicación que los migrantes tengan acerca de su sexualidad con su respectiva pareja, independientemente del tipo de relación, será un buen indicador para que lleven a cabo una práctica sexual plena y segura.

Respecto al indicador de proceso, autoeficacia para sexo seguro, de acuerdo al enfoque del objetivo, los hallazgos del presente estudio reportan, que aquellos migrantes con mayor capacidad percibida para decir no a las relaciones sexuales con una persona bajo diferentes circunstancias, como tener poco de conocerla, no saber acerca de su historia sexual y no saber acerca de su historia de consumo de drogas (decir no), aumentaron y tienen más probabilidades de aumentar la frecuencia evitando situaciones o prácticas sexuales que se consideran inseguras o de riesgo, como consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia (sexo seguro).

Sin embargo, no fue posible encontrar literatura que apoyara la asociación entre esta autoeficacia con el sexo seguro, por lo que se cree que es probable que por ser una variable de autoeficacia con mediciones muy específicas, es complicado obtener literatura relacionada, a diferencia de la autoeficacia uso del condón, de la cual si se encontró literatura disponible.

Respecto a la autoeficacia uso del condón, se encontró que aquellos migrantes con mayor capacidad percibida para adquirir condones cada que los necesite, así como de utilizarlos correctamente y cada vez que se tengan relaciones sexuales, incluso aunque el migrante haya estado bebiendo alcohol o si su pareja no acepte usarlos, aumentaron y tienen más probabilidades de aumentar, la frecuencia utilizando condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, esto incluye también la frecuencia con la que portan un condón habitualmente y su uso bajo circunstancias de excitación (uso del preservativo).

Cabe mencionar que para estos hallazgos, no se encontró literatura con asociaciones específicas entre éste indicador de proceso con el comportamiento sexual seguro, sin embargo, se encontraron estudios acerca de autoeficacia sin subescalas, por lo que se tomó de modo general, es decir, autoeficacia para sexo seguro. De acuerdo con la literatura, Ye et al. (2012) en su estudio observaron que las mujeres con mayor autoeficacia, presentaron mayor consistencia en el uso del condón, así mismo MTS con una mayor percepción de beneficios del uso del preservativo, eran más propensas a usar condones consistentemente con los clientes. Por otro lado, Knipper et al. (2007) encontraron que mayor autoeficacia para el uso del condón, estaba asociada al mismo uso del condón en sí.

De acuerdo a los hallazgos de Ye et al. (2012) y Knipper et al. (2007) cuando el migrante refería una mayor capacidad para usar condones, éste los utilizaba de manera consistente en sus relaciones sexuales, estos resultados son muy similares a los arrojados por el presente estudio, donde se encontró este mismo fenómeno, además de una práctica sexual más segura, esto puede deberse a que una capacidad más elevada de percibir beneficios al usar un método de barrera para evitar un riesgo sexual, hará que se vuelva un hábito el utilizar el preservativo. Estos resultados son congruentes, pues en tanto una persona sea más capaz de ejecutar acciones para evitar riesgos sexuales, evidentemente se traducirá en comportamientos sexuales seguros.

De acuerdo al último indicador de proceso, se encontró aquellos migrantes que mayormente hicieron frente al riesgo sexual, por medio del implemento de estrategias mentales y acciones, como analizar la causa del problema, establecer planes de acción y poner en acción soluciones concretas (enfrentamiento solución del problema), aumentaron y tienen más probabilidades de aumentar, la frecuencia utilizando el condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, esto incluye también la frecuencia con la que portan un condón habitualmente y su uso bajo circunstancias de excitación (uso del preservativo).

Para este hallazgo, de acuerdo el estudio de Organista et al. (2013) en migrantes jornaleros latinos, reportaron que su afrontamiento fue implementar acciones para disminuir el riesgo que se tradujo al uso del preservativo. Este hallazgo, evidentemente es similar al del presente estudio, y este fenómeno puede deberse a que mientras el migrante tenga la capacidad de hacer frente a sus problemas de índole sexual mediante acciones concretas, el resultado será un una práctica sexual más segura como lo es utilizar preservativos.

Por último, respecto al objetivo general el cual se planteó, probar de manera empírica el modelo de transición de la conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa, (COSEMI), se encontraron una serie de variables predictoras que responden a este objetivo. Dado que la variable resultado comportamiento sexual seguro estuvo conformada por dos variables, las cuales eran independientes una de la otra, se optó por presentar dos modelos derivados del mismo trabajo.

El primer modelo tiene como variable resultado el uso del preservativo, en éste se encontró que cuando los migrantes presentan mayor compromiso para realizar acciones que promuevan la conservación de la salud sexual, entre ellas puede encontrarse, estar consciente de la salud sexual, tener interés y estar pendiente de ella así como realizar acciones para preservarla (responsabilidad con salud sexual), en conjunto con mayor empleo del medio verbal para expresar inquietudes y temores con la

persona con la que planea tener sexo, o aquella hacia la que siente atracción o interés sexual (comunicación sexual con pareja potencial) y al mismo tiempo, mayor percepción acerca de su capacidad para adquirir condones cada que los necesite, así como de utilizarlos correctamente y cada vez que se tenga relaciones sexuales, (autoeficacia uso del condón), tienen mayores probabilidades de aumentar la frecuencia utilizando el condón al tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, esto incluye la frecuencia con la que portan un condón habitualmente y su uso bajo circunstancias de excitación (uso del preservativo).

Respecto a este resultado, Asare, Sharma, Bernard, Rojas-Guylar, y Wang (2015) realizaron una investigación con el objetivo de utilizar el modelo de creencias de salud (MCS) para examinar las conductas sexuales seguras entre inmigrantes africanos en EE. UU. Encontraron que la susceptibilidad percibida, es decir, la creencia subjetiva acerca de la adquisición de una enfermedad o la consecución de un estado dañino, como resultado de la participación en un comportamiento particular (percepción de riesgo para VIH) y la autoeficacia, que se define como la confianza que una persona tiene en su capacidad de perseguir un comportamiento dado (para sexo seguro), entre otras variables, fueron predictores significativos del uso del condón.

Así mismo, Ebrahim, Davis y Tomaka (2015) realizaron una investigación para examinar las correlaciones asociadas al uso consistente del condón entre inmigrantes somalíes y etíopes en EE. UU., se basaron en el modelo integrado, el cual combina predictores de la teoría del comportamiento planeado y la teoría cognitiva social. Entre las variables que utilizaron como predictoras estuvieron, las actitudes al uso del condón y la autoeficacia (uso del preservativo), los resultados indicaron que la autoeficacia surgió como el factor con mayor influencia directa en la intención conductual de usar condones.

Respecto a estos hallazgos, de estudios basados en modelos y teorías conceptuales para predecir una conducta sexual, se puede observar que en ambos la

variable autoeficacia representa la mayor influencia, este resultado es similar al reportado por el modelo COSEMI en ambas variables resultado, puesto que desde que este término fue introducido en el ámbito del comportamiento, ha sido pieza fundamental respecto al alcance de un objetivo, generalmente una conducta deseada y básicamente la capacidad que percibe la persona para alcanzarla, por lo que inherentemente, cuando esta variable es abordada adecuadamente, siempre tendrá una asociación significativa con la conducta buscada.

No obstante, uno de los estudios reportó además que la percepción de riesgo para el VIH tiene un efecto sobre el uso del preservativo, lo cual difiere del resultado reportado por el modelo COSEMI, en donde la única propiedad de la transición considerada como variable predictora, fue la responsabilidad con la salud sexual, la cual desde un punto de vista particular, representa un hallazgo novedoso, dado que no se encontró literatura que utilice esta variable previamente en esta población y esta fue diseñada específicamente para el presente estudio. Por lo que esta discrepancia muestra la necesidad de continuar empleando esta nueva variable y al mismo tiempo replantear el uso de la percepción de riesgo desde la perspectiva de otro instrumento.

Referente al segundo modelo, el cual tuvo como variable resultado el sexo seguro, se encontró que cuando los migrantes presentan menos creencia acerca de que ciertas conductas sexuales que se consideran de riesgo son aceptables, como tener múltiples parejas sexuales, parejas ocasionales y libertinaje sexual en general (actitud sexual permisividad), así como menos creencia cultural, que demarca la superioridad del hombre ante la mujer, adjudicándole derechos como el de tener más de una pareja sexual, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y tener sexo con trabajadoras sexuales (machismo sexual), junto con deficiente conjunto de información sobre el VIH y de sus medios de transmisión y prevención (conocimientos sobre VIH).

Al igual que baja percepción de experiencias acerca de haber experimentado exclusión social bajo estereotipos, estigmas y segregación (discriminación social), en

conjunto con una mayor capacidad percibida para decir no, a las relaciones sexuales con una persona bajo diferentes circunstancias como tener poco de conocerla, no saber acerca de su historia sexual y no saber acerca de su historia de consumo de drogas (autoeficacia decir no) y una mayor capacidad percibida para adquirir condones cada que los necesite, así como de utilizarlos correctamente y cada vez que se tengan relaciones sexuales, incluso aunque el migrante haya estado bebiendo alcohol o si su pareja no acepte usarlos (autoeficacia uso del condón), tienen más probabilidades de aumentar la frecuencia evitando situaciones o prácticas sexuales, que se consideran inseguras o de riesgo, como consumo de sustancias antes de las relaciones sexuales, el contacto directo con fluidos de personas o relaciones sexuales con personas de dudosa procedencia (sexo seguro).

De acuerdo con éste hallazgo, Albarrán, y Nyamathi (2011) utilizaron como marco para su investigación el modelo conceptual de poblaciones vulnerables, aplicado en población migrante de origen mexicano residentes en EE. UU., para verificar el riesgo con el que cuentan para adquirir VIH, entre las variables predictoras encontradas estuvieron el acceso limitado a los servicios de salud, múltiples parejas sexuales, bajas tasas de uso del condón, ser HSH y prácticas inyectables. Respecto al hallazgo sobre este modelo, el enfoque es opuesto al COSEMI, dado que mientras ellos miden una variable con connotación negativa, el presente estudio busca una connotación positiva, no obstante, algunas de las relaciones son similares.

Por ejemplo, en las variables predictivas reportadas por los autores, se puede observar que se trata de una actitud sexual permisiva y el resto de ellas se enmarcan en el sexo seguro, a excepción del acceso a servicios de salud, la cual dentro de los resultados del presente estudio, no presentó ningún efecto predictivo sobre nuestro variable resultado. Además, como se mencionó anteriormente, la autoeficacia figura como variable importante ya que como un aspecto central de la conducta, enfatiza el rol, la experiencia social y el impacto en el desarrollo personal hacia cierto comportamiento.

Limitaciones

Es importante mencionar que el presente trabajo de investigación presentó algunas limitaciones en su desarrollo. Por ejemplo, el no contar con estudios previos que facilitaran el abordaje adecuado de los conceptos utilizados, y así no haberse limitado únicamente a lo descrito por la teoría. En el aspecto metodológico, el diseño transversal no permite identificar causalidad. Además, el análisis estadístico se limitó únicamente a las relaciones propuestas por los objetivos, si se considera la cantidad variables otros tipos análisis pueden brindar más información sobre las asociaciones de las variables. Dada la naturaleza sexual de los instrumentos y la forma empleada de recoger la información, es decir, entrevista dirigida por el investigador, es posible que algunos de los migrantes no hayan sido completamente honestos con sus respuestas.

La escasa literatura disponible acerca de instrumentos de índole sexual aplicados en esta población, dificultó la selección de los instrumentos más adecuados. Otra limitación fue no contar con un antecedente acerca de la actividad sexual de los participantes antes de iniciada la migración para verificar un cambio en ella. Respecto a los resultados, los datos fueron recabados solamente en dos ciudades fronterizas del territorio nacional, por lo que no se pueden generalizar los resultados hasta probarse en otras regiones fronterizas.

Conclusiones

En el presente estudio de investigación fue posible responder, a cada uno de los objetivos plateados. La percepción de riesgo para VIH presentó un efecto predictivo sobre el motivo para tener sexo por intimidad, la actitud sexual permisividad, el machismo sexual y la discriminación social. Esto indica evidentemente existe una relación entre las propiedades sobre los facilitadores e inhibidores de la transición, puesto que un migrante que se percibe en riesgo de adquirir el VIH, presentará cambios en el significado que le dé a su vida sexual, así como en sus creencias culturales y su lugar en la sociedad.

Se encontró además que únicamente la responsabilidad con salud sexual presentó efecto predictivo sobre el comportamiento sexual seguro, lo cual resulta bastante fácil de comprender, dado que si un migrante es responsable con su salud sexual, éste presentará comportamientos sexuales seguros, lo cual evidencia la relación directa que se propuso entre estos constructos. Así mismo se identificó que la discriminación social es una variable que se relaciona con el motivo para tener sexo por intimidad, el machismo sexual y con el acceso a servicios de salud. Esto prueba la interrelación entre los constructos internos del modelo, y a su vez indica que la discriminación que un migrante experimenta, se relaciona tanto con su facultad de acceder a un servicio de salud como en su vida sexual y la manera de pensar en ella.

Se encontró que la mayoría de los facilitadores e inhibidores (a excepción de los motivos sentirse bien e intimidad y las actitud sexual comunión y mediación), presentaron relación y efecto sobre la mayoría de los indicadores de proceso de la transición, a excepción de la autoeficacia uso del condón, estas relaciones fueron las más numerosas de entre los modelos presentados, e indica que este constructo cumple con su función como constructo central, dado que de acuerdo a como el migrante de significado al sexo, tenga creencias acerca de él y se involucre en la sociedad para su beneficio, afectará de manera importante el hecho de que puedan afrontar los riesgos sexuales y ser autoeficaces sobre los mismos.

Por otra parte, se pudo determinar que la actitud sexual permisividad, el machismo sexual, los conocimientos sobre VIH y la discriminación social tienen influencia únicamente sobre el sexo seguro. Esto indica la importancia de este constructo sobre el comportamiento sexual del migrante, puesto que las creencias culturales, los conocimientos y la integración del migrante en la sociedad, son factores clave para su desempeño sexual. Del mismo modo, se pudo identificar que la comunicación sexual con la pareja potencial, la autoeficacia uso del condón y el afrontamiento solución del problema tienen influencia sobre el uso del preservativo y únicamente la autoeficacia

decir no, tiene influencia sobre el sexo seguro. Como lo menciona la teoría, este constructo es llamado indicador de proceso, dado que en la medida que el migrante presente buenas puntuaciones en estas variables, indica que su comportamiento sexual tiende a ser más seguro, por lo tanto su transición en el ámbito sexual se dirige hacia una saludable.

Por último, fue posible probar de manera empírica el modelo COSEMI, el cual al final fue presentado con dos esquemas distintos, uno con la variable dependiente uso del preservativo y otro con la variable dependiente sexo seguro. Para el primer modelo, se pudo observar que tanto una mayor responsabilidad con salud sexual, así como una mayor comunicación sexual con pareja potencial, y una mayor autoeficacia para el uso del condón, presentaron un efecto para mayor uso del preservativo. Y para el segundo modelo se encontró que una menor actitud sexual permisividad, menor machismo sexual, menor conocimiento sobre VIH, menor discriminación social, así como mayor autoeficacia para sexo seguro (Decir no y uso del condón), tienen efecto predictivo para que el migrante presente mayor sexo seguro.

Como se puede observar, resultaron predictivas para la variable dependiente al menos una variable de cada constructo de la teoría, cabe mencionar que en los análisis de las variables controladas sobre el comportamiento sexual seguro, ninguna de éstas resultó significativa. No obstante a pesar de que múltiples variables del modelo no presentaron significancia, algunas si tuvieron tal efecto, y en ambos modelos se logró explicar más del 30% de la varianza, este estudio evidencia que un abordaje desde la perspectiva de un modelo conceptual, permite conocer mejor este fenómeno y sus variables predictoras.

Cabe mencionar que en los modelos que presentaban como variables dependientes, el uso del preservativo y el sexo seguro, las variables controladas no presentaron significancia estadística con estos, y fueron eliminadas en el análisis discriminante previo al análisis de regresión, lo que indica que al menos en este estudio,

las variables sociodemográficas y migratorias no representan valores predictivos en el comportamiento sexual seguro, únicamente en algunos facilitadores e inhibidores y algunos indicadores de proceso, lo que resulta lógico, dado que mayor edad y mayor escolaridad, generalmente son sinónimo de mayor conocimiento, por mencionar alguna relación.

Recomendaciones

Se recomienda replantear algunas de las variables del modelo, es decir, eliminar las variables que no resultaron significativas y adherir nuevas como lo sugiere la literatura. En el caso de la variable acceso a servicios de salud, se sugiere reemplazarla por una más específica, es decir, servicios de salud sexual y/o reproductiva, esto probablemente pueda brindar mejores resultados y relaciones con el resto de las variables de índole sexual. Así mismo, dado que la variable conocimientos sobre VIH presentó una correlación inesperada y contraria a lo encontrado en la literatura, se sugiere hacer una revisión de este instrumento y considerar cambiarlo por otro más adecuado. Respecto a las variables machismo sexual y discriminación social, se sugiere buscar modelos conceptuales que las integren, dado que resultaron ser predictoras de la conducta sexual y no son variable que se aborden comúnmente en este tipo de trabajos de investigación.

Por otro lado, se sugiere utilizar el instrumento de responsabilidad con salud sexual en otras poblaciones, para darlo a conocer y que sea de utilidad en futuros estudios encaminados a la investigación de la sexualidad responsable, dado que fue diseñado por autoría propia, de igual forma el instrumento de afrontamiento al riesgo sexual.

El uso de las encuestas electrónicas, simplificó el trabajo y ahorro mucho tiempo en la captura de datos, por lo que se sugiera continuar con el uso de ellas, adquirir más equipos electrónicos y ampliar el número de colaboradores. Así mismo, se sugiere

continuar con el uso de las escalas visuales, que fueron de ayuda en algunos de los casos, por lo que queda a reserva personal de cada participante si decide o no usarlas.

Respecto a los participantes, se sugiere intentar ampliar el alcance con participantes de sexo femenino, para futuros estudios, abordar el modelo desde una perspectiva de género. Así mismo, dado que mucha de la literatura se encontró en función de migrantes HSH, es posible considerar esta característica para futuros abordajes. Se recomienda continuar realizando estudios con esta población, dada la escasez de literatura referente al comportamiento sexual de los migrantes, en particular de la región fronteriza.

Así mismo, se recomienda ser más selectivo con el tipo de migrante que se escoge para el estudio, es decir, enfocar el modelo únicamente en migrantes deportados o bien únicamente en migrantes en tránsito, esto para homogenizar la muestra y obtener resultados más específicos de acuerdo a esta característica, además, al hacerlo de esa manera permite hacer un análisis comparativo de los resultados obtenidos de ambos grupos.

Considerar la incorporación de literatura cualitativa para futuros abordajes así, como estudios de casos y de prevalencia, esto con el fin de observar el fenómeno tanto del punto de vista epidemiológico como del punto de vista personal de los participantes. Se recomienda además utilizar otro tipo de análisis estadístico, como análisis de sendero en función de las variables que resultaron predictivas en el modelo, esto puede ayudar a establecer una base sólida en la interrelación de los conceptos propuestos.

Otra sugerencia a tomarse en cuenta es buscar fuentes de financiamiento que ayuden a implementar pruebas diagnósticas como la del VIH, así como de las barreras y beneficios que los migrantes presenten para realizársela. Se recomienda, formar un grupo de profesionales, dedicados al cuidado de la salud con enfoque sobre la sexualidad, encaminados a la atención de este grupo poblacional en particular, que

ayude a mejorar los indicadores de salud por medio de acciones que incluyan sobre todo atención sanitaria y educación para la salud sexual.

En cuanto a la difusión de los resultados, se sugiere publicar los resultados relacionados con el conocimiento sobre el VIH y la percepción de riesgo para el VIH de los migrantes, puesto que estas dos variables brindan la pauta para en algún futuro solicitar financiamiento para realizar pruebas rápidas de VIH en esta población, y tener una perspectiva más clara entre lo que conocen, lo que perciben y lo que portan respecto al VIH. Del mismo modo, publicar el fundamento teórico y la subestructuración de la teoría en revistas científicas especializadas en el ámbito de la enfermería, para que el modelo tenga una mejor difusión dentro de la comunidad científica de la disciplina.

Así mismo, presentar en foros o congresos los resultados relacionados con la discriminación social y el acceso a servicios de salud de los migrantes, dado que estas variables son de importancia, y deben ser dadas a conocer no solo a la comunidad científica si no, a la sociedad en general y sobre todo, a las instituciones públicas de salud, quienes son los responsables de realizar acciones que eleven los indicadores de salud de este grupo poblacional vulnerable.

Se sugiere integrarse a redes de investigación para facilitar la difusión del modelo, y este pueda ser probado tanto en otras poblaciones, como en otras regiones. Una región de suma importancia a la que se sugiere ampliar el modelo, es al resto de las ciudades fronterizas del norte de México, que son clave para el flujo migratorio que se busca. Posteriormente, expandir el uso del modelo en la frontera sur del país y tener una visión más clara del fenómeno en general.

Por último se sugiere alentar a otros investigadores, así como alumnos de pre y posgrado a continuar con este trabajo o a realizar estudios similares para llenar los vacíos de conocimientos que se hicieron evidentes a lo largo de la investigación.

Referencias

- Albarrán, C. R., & Nyamathi, A. (2011). HIV and Mexican Migrant Workers in the United States: A Review Applying the Vulnerable Populations Conceptual Model. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 22(3), 173-185.
- Amirkhanian, Y. A., Kuznetsova, A. V., Kelly, J. A., DiFranceisco, W. J., Musatov, V. B., Avsukevich, N. A., . . . McAuliffe, T. L. (2011). Male Labor Migrants in Russia: HIV Risk Behavior Levels, Contextual Factors, and Prevention Needs. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13, 919-928.
- Asare, M., Sharma, M., Bernard, A. L., Rojas-Guyler, L., & Wang, L. L. (2013). Using the Health Belief Model to Determine Safer Sexual Behavior among African Immigrants. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(1), 120-134.
- Avogo, W., & Agadjanian, V. (2013). Men's Migration, Women's Personal Networks, and Responses to HIV/AIDS in Mozambique. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 892-912.
- Bam, K., Thapa, R., Newman, M. S., Bhatt, L. P., & Bhatta, S. K. (2013). Sexual Behavior and Condom Use among Seasonal Dalit Migrant Laborers to India from Far West, Nepal: A Qualitative Study. *PLoS ONE*, 8(9).
- Bandyopadhyay, M., & Thomas, J. (2002). Women migrant workers' vulnerability to HIV infection in Hong Kong. *AIDS Care*, 14(4), 509-521.
- Barrett, H. R., & Mulugeta, B. (2010). Human Immunodeficiency Virus (HIV) and migrant "risk environments": The case of the Ethiopian and Eritrean immigrant community in the West Midlands of the UK. *Psychology, Health & Medicine*, 15(3), 357-369.
- Bello, A. M., Palacio, J., Vera-Villarreal, P., Oviedo, Ó., Rodríguez, M., Celis-Atenas, K., et al. (2014). Presentación de una escala para evaluar actitudes y creencias

sobre la sexualidad reproductiva en adolescentes varones de la región Caribe colombiana. *Universitas Psychologica*, 13(1).

Caballero-Hoyos, R., Villaseñor-Sierra, A., Millán-Guerrero, R., Trujillo-Hernández, B., & Monárrez-Espino, J. (2013). Sexual Risk Behavior and Type of Sexual Partners in Transnational Indigenous Migrant Workers. *AIDS Behavior*, 17, 1895-1905.

Cabanach, R. G., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Freire, C. (2010). Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1(1), 51-64.

Cai, Y., Wang, Y., Zheng, Z., Wang, J., Yao, W., & Ma, W. (2013). Predictors of Reducing Sexual and Reproductive Risk Behaviors Based on the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model among Unmarried Rural-To-Urban Female Migrants in Shanghai, China. *PLoS ONE*, 8(4).

Carey, M. P., & Schroder, K. E. E. (2002). Development and psychometric evaluation of the brief HIV knowledge questionnaire (HIV-KQ-18). *AIDS Education and Prevention*, 14, 174-184.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA] (2015). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al cierre de 2015*. Recuperado el 09 de Mayo 2016 de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_Cierre_2015.pdf

Colegio de la Frontera Norte [COLEF]. (2016). *Boletín EMIF Norte 2016. Reporte trimestral de resultados Enero-Marzo 2016*. Recuperado el 7 de Junio 2017 de <http://www.colef.mx/emif/boletines/EN-ReporteTrimestral-T1-2016.pdf>

Colegio de la Frontera Norte [COLEF]. (2017). *Encuesta Sobre Migración en la Frontera Norte De México. Emif Norte*. Recuperado el 7 de Junio 2017 de <http://www.colef.mx/emif/cgeonte.php>

- Consejo Nacional de Población, (2009). *Las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana a Estados Unidos*. Recuperado el 2 de Septiembre 2014 de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/migracion_internacional/politicaspUBLICAS/COMPLETO.pdf
- Cooper, M. L., Shapiro, M. C. & Powers, A. M. (1998). Motivations for sex and risky sexual behavior among adolescents and young adults: A functional perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1528-1558.
- Davis, A., Meyerson, B. E., Aghaulor, B., Brown, K., Watson, A., Muessig, K. E., . . . Tucker, J. D. (2016). Barriers to health service access among female migrant Ugandan sex workers in Guangzhou, China. *International Journal for Equity in Health*, 15, 1-8.
- Deiss, R., Lozada, R., Burgos, J., Strathdee, S., Gallardo, M., Cuevas, J., et al. (2012). HIV prevalence and sexual risk behaviour among non-injection drug users in Tijuana, Mexico. *Global Pulic Health*, 7(2), 175-183.
- Díaz, R. C., Rosas, R. M., & González T, G. R. (2010). Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12): diseño y análisis de propiedades psicométricas. *SUMMA Psicológica UST*, 7(2), 35-44.
- Dillee, P., & Rakesh, A. (2013). Risky sexual behavior related to human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome among seasonal labor migrants: a cross-sectional study from far Western Region of Nepal. *International Journal of Health & Allied Sciences*, 2(2), 88.
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing research*, 41(4), 203-208.
- Ebrahim, N. B., Davis, S., & Tomaka, J. (2016). Correlates of Condom Use Among Somali and Ethiopian Immigrants in the U.S. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18, 1139-1147.

- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3ra ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Ford, K., & Holumyong, C. (2016). HIV Testing and Cross Border Migrant Vulnerability: Social Integration and Legal/Economic Status Among Cross Border Migrant Workers in Thailand. *AIDS and Behavior*, 20, 919-927.
- Fuentes-Reyes, G., & Ortíz-Ramírez, L. (2012). El migrante centroamericano de paso por México, una revisión a su condición social desde la perspectiva de los derechos humanos. *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*(58), 157-182.
- Ganju, D., Mahapatra, B., & Saggurti, N. (2013). Male migrants' non-spousal sexual partnerships in the place of origin: an in-depth investigation in two rural settings of India. *Culture, Health & Sexuality*, 15(3), 341-357.
- García-Vega, E., Menéndez, R. E., Fernández, G. P., & Cuesta, I. M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexualde Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Gaspar, M. M., Gaspar, T., Simons-Morton, B., Reis, M., & Ramiro, L. (2008). Communication and Information About "Safer Sex." Intervention Issues Within Communities of African Migrants Living in Poorer Neighbourhoods in Portugal. *Journal of Poverty*, 12(3), 333-350.
- Glasman, L. R., Weinhardt, L. S., & Hackl, K. (2011). Disparities in access to HIV prevention among men of Mexican descent living in the Midwestern United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(6), 1125-1133.
- González-Block, M. A., & A, D. I.-D. (2011). Hospital utilization by Mexican migrants returning to Mexico due to health needs. *BMC Public Health* 11, 241.
- Graffigna G, Barelllo S, Bonanomi A and Lozza E. (2015). Measuring patient engagement: Development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Frontiers in Psychology*, 6:274.

- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (7th ed. ed.). St. Louis , Missouri: ELSEVIER.
- Guo, Y., Li, X., Song, Y., & Liu, Y. (2012). Bisexual behavior among Chinese young migrant men who have sex with men: Implications for HIV prevention and intervention. *AIDS Care*, 24(4), 451-458.
- He, D., Zhou, Y., Ji, N., Wu, S., Wang, Z., Decat, P., et al. (2012). Study on sexual and reproductive health behaviors of unmarried female migrants in China. *The journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(4), 632–638.
- Hendrick, C., Hendrick, S. S., & Reich, A. D. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research*, 43(1), 76-86.
- Hirsch, J. S., Higgins, J., Bentley, M. E., & Nathanson, C. A. (2002). The Social Constructions of Sexuality: Marital Infidelity and Sexually Transmitted Disease–HIV Risk in a Mexican Migrant Community. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1227-1237.
- Hong, H. (2009). Scale Development for Measuring Health Consciousness: Reconceptualization. 12th Annual International Public Relations Research Conference, Holiday Inn University of Miami Coral Gables, Florida.
- Huang, Z. J., Wang, W., Martin, M. C., Nehl, E. J., Smith, B. D., & Wong, F. Y. (2011). “Bridge population”: sex workers or their clients? - STI prevalence and risk behaviors of clients of female sex workers in China. *AIDS Care*, 23(1), 45-53.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2015). *Ficha informativa 2015*. Recuperado el 25 de Noviembre 2015 de <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>

- Jung, M. (2012). Immigrant Workers' Knowledge of HIV/AIDS and Their Sexual Risk Behaviors: A Respondent-Driven Sampling Survey in South Korea. *Sexuality and Disability, 30*, 199-208.
- Kendall, T., & Pelcastre, B. E. (2010). HIV Vulnerability and Condom Use Among Migrant Women Factory Workers in Puebla, Mexico. *Health Care for Women International, 31*, 515-532.
- Knipper, E., Rhodes, S. D., Lindstrom, K., Bloom, F. R., Leichter, J. S., & Montaña, J. (2007). Condom use among heterosexual immigrant latino men in the southeastern United States. *AIDS Education and Prevention, 19*(5), 436-447.
- Kramer, M. A., Van Veen, M. G., Op de Coul, E. L., Coutinho, R. A., & Prins, M. (2013). Do sexual risk behaviour, risk perception and testing behaviour differ across generations of migrants? *European Journal of Public Health, 24*(1), 134-138.
- Li, S., Huang, H., Cai, Y., Xu, G., Huang, F., & Shen, X. (2009). Characteristics and determinants of sexual behavior among adolescents of migrant workers in Shanghai (China). *BMC Public Health, 9*, 195.
- Li, N., Li, X., Wang, X., Shao, J., & Dou, J. (2014). A Cross-Site Intervention in Chinese Rural Migrants Enhances HIV/AIDS Knowledge, Attitude and Behavior. *Environmental Research and Public Health, 11*, 4528-4543.
- Li, X., Lin, D., Wang, B., Du, H., Tam, C. C., & Stanton, B. (2014). Efficacy of Theory-Based HIV Behavioral Prevention among rural- to - urban Migrants in China: A randomized controlled trial. *AIDS Education and Prevention, 26*(4), 296-316.
- Li, X., Stanton, B., Fang, X., Lin, D., Mao, R., Wang, J., et al. (2004). HIV/Std Risk Behaviors and Perceptions Among Rural-to-Urban Migrants in China. *AIDS Education and Prevention, 16*(6), 538-556.
- Liu, D., Yu, X., Wang, Y., Zhang, H., & Ren, G. (2014). The impact of perception of discrimination and sense of belonging on the loneliness of the children of

- Chinese migrant workers: a structural equation modeling analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 52.
- López-Rosales, F., & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*. 43 (5), 421-432.
- Maternowskaa, C., Estrada, F., Campero, L., Herrera, C., Brindis, C. D., & Miller, V. D. (2010). Gender, culture and reproductive decision-making among recent Mexican migrants in California. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 12(1), 29-43.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger, M. D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances In Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Munyewende, P., Rispel, L. C., Harris, B., & Chersich, M. (2011). Exploring perceptions of HIV risk and health service access among Zimbabwean migrant women in Johannesburg: A gap in health policy in South Africa? *Journal of Public Health Policy*, 32(1), 152-161.
- Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. L. (2012). Development of the Perceived Risk of HIV Scale. *AIDS and Behavior*, 16, 1075-1083.
- Ochoa, S. C., & Sampalis, J. (2014). Risk perception and vulnerability to STIs and HIV/AIDS among immigrant Latin-American women in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 16(4), 412-425.
- ONUSIDA. (2015). *Informe de ONUSIDA 2015 "Como el sida lo cambió todo"*. Recuperado el 25 de Noviembre 2015 de <http://onusida-latina.org/es/america-latina.html>

- Organista, K. C., Worby, P. A., Quesada, J., Arreola, S. G., Kral, A. H., & Khoury, S. (2013). Sexual Health of Latino Migrant Day Labourers under Conditions of Structural Vulnerability. *Culture Health & Sexuality, 15*(1), 58-72.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*. Recuperado el 3 de Febrero 2015 de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
- Pan, X., Zhu, Y., Wang, Q., Zheng, H., Chen, X., Su, J., . . . Wang, N. (2013). Prevalence of HIV, Syphilis, HCV and Their High Risk Behaviors among Migrant Workers in Eastern China. *PLoS ONE, 8*(2), 1-6.
- Pinedo, M., Burgos, J. L., Robertson, A. M., Vera, A., Lozada, R., & Ojeda, V. D. (2014). Perceived risk of HIV infection among deported male injection drug users in Tijuana, Mexico. *Global Public Health, 9*(4), 436-454.
- Rangel, M. G., Martínez-Donate, A. P., Hovell, M. F., Sipan, C. L., Zellner, J. A., González-Fadoaga et al. (2012). A two-way road: rates of HIV infection and behavioral risk factors among deported Mexican labor migrants. *AIDS and Behavior, 16*(6), 1630-1640.
- Rao, N., Jeyaseelan, L., Joy, A., Kumar, V. S., Thenmozhi, M., & Acharya, S. (2013). Factors associated with high-risk behaviour among migrants in the state of Maharashtra, India. *Journal of Biosocial Science, 45*(5), 627 – 641.
- Rojas, P., Dillon, F. R., Cyrus, E., Ravelo, G. J., Malow, R. M., & De la Rosa, M. (2014). Alcohol use as a determinant of HIV risk behaviors among recent Latino immigrants in south Florida. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC, 25*(2), 134-144.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y Validación Preliminar. *Revista de Psicología y Psicología Clínica, 8*(1), 39-54.

- Secretaría de Gobernación [SEGOB]. (2017). *Boletín estadístico anual 2016*. Recuperado el 7 de Junio 2017 de http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletin_Estadistico_2016
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado el 20 de Agosto 2015, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88535.pdf>
- Sherer, M. (2004). The Awareness Questionnaire. *The Center for Outcome Measurement in Brain Injury*. Recuperado el 30 de Octubre de 2015 de <http://www.tbims.org/combi/aq>
- Smith-Estelle, A., & Gruskin, S. (2003). Vulnerability to HIV/STIs among Rural Women from Migrant Communities in Nepal: A Health and Human Rights Framework. *Reproductive Health Matters*, 11(22), 142-151.
- Sohn, A., & Cho, B. (2012). Knowledge, Attitudes, and Sexual Behaviors in HIV/AIDS and Predictors Affecting Condom Use among Men Who Have Sex with Men in South Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 3(3), 156-164.
- Solorio, R., Forehand, M., & Simoni, J. (2013). Attitudes towards and Beliefs about HIV Testing among Latino Immigrant MSM: A Comparison of Testers and Nontesters. *AIDS Research and Treatment*, 2013, 1-10.
- Song, Y., Li, X., Zhang, L., Fang, X., Lin, X., Liu, Y., et al. (2011). HIV-testing behavior among young migrant men who have sex with men (MSM) in Beijing, China. *AIDS Care*, 23(2), 179-186.
- Sudhinaraset, M., Mmari, K., Go, V., & Blum, R. W. (2012). Sexual attitudes, behaviours and acculturation among young migrants in Shanghai. *Culture, Health & Sexuality*, 14(9), 1081-1094.
- Sulmont, H. D. *Encuesta Nacional sobre Exclusión y Discriminación Social*. Recuperado el 3 de Octubre de 2015 de <http://alertacontraelracismo.pe/wp->

content/uploads/2013/01/Encuesta-nacional-sobre-exclusi%C3%B3n-y-discriminaci%C3%B3n-social-David-Sulmont.pdf

- Tang, J., Gao, X., Yu, Y., Isse, A. N., Zhu, H., Wang, J., & Du, Y. (2011). Sexual Knowledge, attitudes and behaviors among unmarried migrant female workers in China: a comparative analysis. *BMC Public Health*, 11, 1-7.
- Tiruneh, K., Wasie, B., & Gonzalez, H. (2015). Sexual behavior and vulnerability to HIV infection among seasonal migrant laborers in Metema district, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15, 122.
- Torres, M. E., & Lastra, T. J. (2008). Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. *Revista de de Administração Pública*, 42(4), 719-734.
- Wang, B., Li, X., Stanton, B., Fang, X., Liang, G., Liu, H., . . . Yang, H. (2007). Gender Differences in HIV-Related Perceptions, Sexual Risk Behaviors, and History of Sexually Transmitted Diseases Among Chinese Migrants Visiting Public Sexually Transmitted Disease Clinics. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(1), 57-68.
- Wang, B., Li, X., Stanton, B., Liu, Y., & Jiang, S. (2013). Socio-demographic and behavioral correlates for HIV and syphilis infections among migrant men who have sex with men in Beijing, China. *AIDS Care*, 25(2), 249-257.
- Wang, B., Li, X., Stanton, B., & McGuire, J. (2010). Correlates of HIV/STD Testing and Willingness to Test among Rural-to-Urban Migrants in China. *AIDS Behavior*, 14, 891-903.
- Wang, W., Muessig, K. E., Li, M., & Zhang, Y. (2014). Networking Activities and Perceptions of HIV Risk Among Male Migrant Market Vendors in China. *AIDS and Behavior*, 18(2), 142-151.

- Wang, K. W., Wu, J. Q., Zhao, H. X., Li, Y. Y., Zhao, R., Zhou, et al. (2013). Unmarried male migrants and sexual risk behavior: a cross-sectional study in Shanghai, China. *BMC Public Health*, *13*, 1152.
- Wang, Y., Yao, W., Shang, M., Cai, Y., Shi, R., Ma, J., . . . Song, H. (2013). Sexual and Reproductive Health among Unmarried Rural-Urban Female Migrants in Shanghai China: A Comparative Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *10*, 3578-3589.
- Wang, Y., Hao, M., Lu, F., Cochran, C., Shen, J. J., Xu, P., et al. (2014). Acquired immunodeficiency syndrome/human immunodeficiency virus knowledge, attitudes, and practices, and use of healthcare services among rural migrants: a cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, *14*.
- Weine, S., Bahromov, M., Loue, S., & Owens, L. (2013). HIV Sexual Risk Behaviors and Multi-Level Determinants Among Male Labor Migrants from Tajikistan. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *15*(4), 700-710.
- Winett, L., Harvey, S. M., Branch, M., Torres, A., & Deanne, H. (2011). Immigrant Latino men in rural communities in the Northwest: social environment and HIV/STI risk. *Culture, Health & Sexuality*, *13*(6), 643-656.
- Wong, D. F., Chang, Y. L., & He, X. S. (2007). Rural migrant workers in urban China: living a marginalised life. *International Journal of social welfare*, *16*, 32-40.
- Xiao, Z., Li, X., Lin, D., Jiang, S., Liu, Y., & Li, S. (2013). Sexual communication, safer sex self-efficacy, and condom use among young chinese migrants in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, *25*(6), 480-494.
- Yang, B., Wu, Z., Schimmele, C. M., & Li, S. (2015). HIV knowledge among male labor migrants in China. *BMC Public Health*, *15*, 323.
- Ye, X., Shang, M., Shen, T., Pei, B., Jiang, X., & Cai, Y. (2012). Social, psychological, and environmental-structural factors determine consistent condom use among

- rural-to-urban migrant female sex workers in Shanghai China. *BMC Public Health*, 12, 599.
- Zapata-Garibay, R., González-Fagoaga, J., & Rangel-Gómez, M. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes. *Papeles de población*, 20(19), 39-71.
- Zhuang, X., Wu, Z., Poundstone, K., Yang, C., Zhong, Y., & Jian, S. (2012). HIV-Related High-Risk Behaviors among Chinese Migrant Construction Laborers in Nantong, Jiangsu. *PLoS ONE*, 7(3), 1-6.
- Zhou, Y. R. (2012). Changing behaviours and continuing silence: sex in the post-immigration lives of mainland Chinese immigrants in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 14(1), 87-100.

Apéndices

Apéndice B
Cédula de datos sociodemográficos

Fecha: ____/____/____
 Día Mes Año

Folio: _____

Por favor contesta las siguientes preguntas. No escriba su nombre en ninguna parte de este cuestionario, estas nos darán información sobre las personas que participan en este proyecto.

Instrucciones: Circula la respuesta correcta en las preguntas de varias opciones y escriba sobre la línea del resto de las preguntas.

1. Género: 1). Femenino 2). Maculino

2. Edad (en años cumplidos): _____ 3. Años de estudio: _____

4. Estados civil:

1). Soltero 2). Casado 3) Divorciado 4) Viudo 5) Unión libre

5. Ingreso Económico Aproximado (pesos mexicanos por semana): _____

6. Nacionalidad: 1) Mexicano 2) Extranjero Especificar _____

7. ¿Cuántas veces ha cruzado la frontera de los Estados Unidos? _____

8. ¿Cuántas veces lo ha hecho de manera ilegal, es decir, sin visa? _____

9. ¿ Que edad tenia cuando migró por primera vez hacia Estados Unidos? _____

Apéndice C

Escala de Percepción de Riesgo para VIH (Napper et al., 2012)

Circule la respuesta que considere correcta de cada pregunta en los recuadros.

<p>1. ¿Qué tan probable es que se pueda contagiarse con el VIH?</p> <p>A) Muy improbable B) Improbable C) Ni probable/ Ni improbable D) Probable E) Muy probable</p>	<p>2. Me preocupa ser infectado con el VIH</p> <p>A) Nunca B) Rara vez C) A veces D) Medianamente E) Muchas veces F) Siempre</p>
<p>3. Imaginar que contraigo VIH es algo que me resulta:</p> <p>A) Muy difícil B) Difícil C) Fácil D) Muy fácil</p>	<p>4. Contraer VIH es algo de lo que estoy...</p> <p>A) Nada preocupado B) Un poco preocupado C) Medianamente preocupado D) Muy preocupado E) Extremadamente preocupado</p>
<p>5. Estoy seguro de que NO me voy a infectar con el VIH</p> <p>A) Muy en desacuerdo B) En desacuerdo C) Algo en desacuerdo D) Algo de acuerdo E) De acuerdo F) Muy de acuerdo</p>	<p>6. Siento que no es probable que me infecte con el VIH</p> <p>A) Muy en desacuerdo B) En desacuerdo C) Algo en desacuerdo D) Algo de acuerdo E) De acuerdo F) Muy de acuerdo</p>
<p>7. Me siento vulnerable a la infección por VIH</p> <p>A) Muy en desacuerdo B) En desacuerdo C) Algo en desacuerdo D) Algo de acuerdo E) De acuerdo F) Muy de acuerdo</p>	<p>8. Existe la posibilidad, por pequeña que sea, de que pueda contraer el VIH</p> <p>A) Muy en desacuerdo B) En desacuerdo C) Algo en desacuerdo D) Algo de acuerdo E) De acuerdo F) Muy de acuerdo</p>
<p>9. Creo que mis posibilidades de infectarme con el VIH son:</p> <p>A) Cero B) Casi cero C) Pequeñas D) Moderadas E) Grandes F) Muy Grandes</p>	<p>10. Adquirir el VIH es algo en lo que</p> <p>A) Nunca pienso B) Rara vez pienso C) A veces pienso D) A menudo pienso</p>

Apéndice D

Subescala Responsabilidad con Salud Sexual

(Hong, 2009)

Seleccione la respuesta que sea correcta para usted, elija sólo una por pregunta.

- A) Muy en desacuerdo
- B) En desacuerdo
- C) Algo en desacuerdo
- D) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- E) Algo de acuerdo
- F) De acuerdo
- G) Muy de acuerdo

1. Soy muy consciente de mi salud sexual	A	B	C	D	E	F	G
2. Por lo general estoy pendiente de cómo me siento acerca de mi salud sexual	A	B	C	D	E	F	G
3. Reflexiono mucho acerca de mi salud sexual	A	B	C	D	E	F	G
4. Todo el tiempo estoy interesado por mi salud sexual	A	B	C	D	E	F	G
5. Si no tuviera buena salud sexual lo notaría	A	B	C	D	E	F	G
6. Soy responsable de mi salud sexual	A	B	C	D	E	F	G
7. Hago cosas para tener buena salud sexual	A	B	C	D	E	F	G
8. Es muy importante para mi vivir la vida sin enfermedades ni malestares sexuales	A	B	C	D	E	F	G
9. Mi salud sexual depende de que tan bien me cuide	A	B	C	D	E	F	G
10. Es muy importante para mi vivir la vida con la mejor salud sexual posible	A	B	C	D	E	F	G

Apéndice E
Escala de Motivos para Tener Sexo

(Cooper et al., 1998)

(Subescalas Sentirse bien, intimidad y afirmación)

Por favor marque con una X la respuesta que considere se relaciona con el motivo por el cual usted tiene sexo. Elija solo una respuesta por pregunta.

Preguntas	Casi nunca/ nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre/ siempre
1. Sentirse cachondo					
2. Se siente bien					
3. Excitación					
4. Por sensación					
5. Satisfacer necesidades sexuales					
6. Relación más íntima con mi pareja					
7. Expresar amor					
8. Establecer una conexión emocional					
9. Más cercanía con la pareja					
10. Sentirse emocionalmente cerca					
11. Probar que soy atractivo					
12. Sentirse mejor consigo mismo					
13. Sentirse interesante					
14. Sentir más confianza consigo mismo					
15. Calmar mis deseos					

Apéndice F

Escala Breve de Actitud Sexual

(Hendrick et al., 2006)

(Subescalas de permisividad, comunión y mediación)

Seleccione la respuesta que considere correcta de acuerdo a lo que se pregunta. Elija sólo una respuesta por pregunta

Pregunta	1. Muy de acuerdo	2. Moderadamente de acuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. Moderadamente en desacuerdo	5. Totalmente en desacuerdo
1. No necesito estar comprometido(a) con una persona para tener relaciones sexuales con él/ ella					
2. Está bien tener sexo casual/de ocasión					
3. Me gustaría tener sexo con muchas parejas					
4. Encuentros de una sola noche son a veces muy placenteros					
5. Está bien mantener relaciones sexuales con más de una persona a la vez					
6. El sexo a cambio de favores está bien si ambas personas están de acuerdo					
7. El mejor sexo es sin compromiso					
8. La vida tendría menos problemas si la gente pudiera tener sexo con más libertad					
9. Es posible disfrutar el sexo con una persona y que esa persona no te guste mucho					

Pregunta	1. Muy de acuerdo	2. Moderadamente de acuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. Moderadamente en desacuerdo	5. Totalmente en desacuerdo
10. Está bien que el sexo sea sólo para un buen desahogo físico.					
11. El sexo es la forma más cercana de comunicación entre dos personas					
12. Un encuentro sexual entre dos personas profundamente enamoradas es la mejor interacción humana					
13. En su mejor expresión, el sexo parece ser la unión de dos almas					
14. El sexo es una parte muy importante de la vida					
15. El sexo es por lo general una experiencia intensa, casi impresionante					
16. El sexo es lo mejor cuando te dejas llevar y te concentras en tu propio placer					
17. El sexo es principalmente tomar placer de otra persona					
18. El principal objetivo del sexo es disfrutar de uno mismo					
19. El sexo es principalmente físico					
20. El sexo es principalmente una función corporal, como comer					

Apéndice G
Escala de Machismo Sexual
(Díaz et al., 2010)

Expresar su opinión con las siguientes frases. Responda honestamente utilizando las siguientes opciones. Circule el número de la respuesta elija

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Sin opinión
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

1. Que solamente el hombre tenga sexo antes del matrimonio	1	2	3	4	5
2. Que un hombre tenga hijos fuera del matrimonio	1	2	3	4	5
3. Que solamente el hombre tenga experiencia sexual	1	2	3	4	5
4. Que un hombre tenga su primera relación sexual con una persona que no es su pareja	1	2	3	4	5
5. Que un hombre casado o con pareja estable tenga relaciones sexuales con prostitutas	1	2	3	4	5
6. Una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja	1	2	3	4	5
7. El hombre necesita tener varias parejas sexuales	1	2	3	4	5
8. Sin importar la situación o el estado de ánimo, la mujer debe tener relaciones sexuales cuando su pareja quiera tenerlas	1	2	3	4	5
9. Que un hombre tenga varias parejas sexuales al mismo tiempo	1	2	3	4	5
10. Que sea la mujer quien se encargue de cuidarse para la relación sexual	1	2	3	4	5
11. El hombre debe iniciar su vida sexual en la adolescencia	1	2	3	4	5
12. El hombre debe hacer que su hijo hombre inicie su vida sexual	1	2	3	4	5

Apéndice H
Cuestionario de Conocimientos sobre VIH
(Carey & Schroder, 2002)

De acuerdo a sus conocimientos, circule **Verdad**, si considera que la respuesta es verdadera, **Falso** si considera que es falsa y **NLS** si no sabe la respuesta.

1. El toser o estornudar NO disemina el contagio de VIH	Verdad	Falso	NLS
2. Una persona puede contagiarse con VIH si comparte un vaso de agua que ha utilizado una persona infectada con VIH	Verdad	Falso	NLS
3. Sacar el pene antes de que el varón eyacule evita que la mujer se contagie con el virus de VIH durante las relaciones sexuales	Verdad	Falso	NLS
4. Una mujer puede infectarse con el VIH, si tiene relaciones sexuales anales (sexo anal) con un hombre	Verdad	Falso	NLS
5. Ducharse o lavarse los genitales/ partes privadas luego de una relación sexual evita que la persona se infecte con VIH.	Verdad	Falso	NLS
6. Toda mujer embarazada, infectada con VIH, tendrá niños infectados con VIH	Verdad	Falso	NLS
7. Personas que están infectadas con el VIH, rápidamente muestran los signos o síntomas de que están contagiados	Verdad	Falso	NLS
8. Existe una vacuna que evita que la persona adulta se infecte con el VIH	Verdad	Falso	NLS
9. Las personas son más propensas a infectarse cuando se dan besos profundos (“French kiss”), o colocan sus lenguas dentro de la boca de sus parejas que está infectada con VIH	Verdad	Falso	NLS
10. Una mujer no puede contagiarse con VIH si tiene relaciones sexuales durante su menstruación	Verdad	Falso	NLS
11. Existe un condón femenino que ayuda a reducir el riesgo de infectarse con VIH	Verdad	Falso	NLS
12. Un condón de piel es mejor para prevenir el contagio de VIH que un condón de látex	Verdad	Falso	NLS
13. Una persona que esté tomando antibióticos no se contagiará con VIH si tiene relaciones sexuales	Verdad	Falso	NLS
14. Tener relaciones sexuales con más de una pareja sexual aumenta la probabilidad de que se infecte con VIH	Verdad	Falso	NLS
15. Realizarse una prueba para determinar si se está infectado con VIH una semana después de haber tenido relaciones sexuales, puede determinar si la persona está infectada o no	Verdad	Falso	NLS
16. Una persona puede infectarse con VIH compartiendo un baño termal (yacusi) o una piscina con una persona infectada con el VIH	Verdad	Falso	NLS
17. Una persona puede contagiarse con VIH cuando sostiene relaciones sexuales de forma oral	Verdad	Falso	NLS
18. Utilizar vaselina o aceite para bebé con los condones reduce el riesgo de infectarse con VIH.	Verdad	Falso	NLS

Apéndice I
Escala de Calidad del Servicios de Centros de Atención Secundaria de Salud
(CCAS) Subescala de Accesibilidad
(Torres & Lastra, 2008)

Seleccione la respuesta que más se acomode a su facilidad para acceder a servicios de salud. Utilizando las siguientes opciones. Elija sólo una respuesta por pregunta. Marque con una X.

1. Totalmente en desacuerdo
2. Más o menos en desacuerdo
3. Un poco en desacuerdo
4. Neutral
5. Un poco de acuerdo
6. Más o menos de acuerdo
7. Totalmente de acuerdo

1. Por lo general, tengo acceso a información existente de mi estado de salud	1	2	3	4	5	6	7
2. Siempre que lo necesito, tengo acceso a especialidades médicas	1	2	3	4	5	6	7
3. Siempre que lo necesito, tengo acceso a exámenes médicos que me puedo realizar	1	2	3	4	5	6	7
4. En general, atiendo mis consultas y resuelvo todas mis dudas sobre mi salud	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo acceso a escoger mi médico tratante	1	2	3	4	5	6	7

Apéndice J
Escala de Discriminación Social Experimentada
(Sulmont, 2005)

Seleccione la respuesta que para usted es correcta utilizando una X de acuerdo a si se ha sentido alguna vez discriminado.

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. La gente se comporta como si ellos fueran mejor que usted					
2. Usted es tratado con menos respeto que otras personas					
3. La gente se comporta como si pensara que usted no es inteligente					
4. Recibe un servicio inferior en tiendas o restaurantes					
5. Usted es insultado o le ponen apodosos despectivos					
6. La gente se comporta como si tuviera miedo de usted					
7. La gente se comporta como si usted fuera deshonesto					
8. Usted es amenazado o acosado					

Apéndice K
Subescala Comunicación Sexual con Pareja Potencial
(DiIorio et al., 1992)

Circule una pregunta indicando su grado de utilización de estas prácticas sexuales.

1. Pregunto a las parejas con las que voy a tener sexo sobre su vida sexual

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

2. Pregunto a las parejas con las que voy a tener sexo si alguna vez han tenido prácticas bisexuales / homosexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

3. Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando no sé la vida sexual de mi pareja

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

4. Insisto a mi pareja sexual en examinarse sobre llagas, cortadas o lesiones en el área genital

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

5. Doy mi opinión cuando no estoy de acuerdo en la información que mi pareja presenta sobre prácticas sexuales seguras

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

6. Pregunto a las parejas con las que voy a tener sexo si alguna vez han usado drogas intravenosas

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

7. Es difícil para mí discutir temas sexuales con mis parejas sexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

8. Inicio el tema de sexo seguro con las parejas con las que tendré sexo

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

Apéndice L

Escala de Autoeficacia para Prevenir el sida

(López-Rosales et al., 2001)

Seleccione la respuesta de acuerdo al grado de seguridad que usted cree tener. Marque sólo una respuesta con X.

A) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales?	Nada Seguro	Algo Seguro	Medio Seguro	Muy Seguro	Total Seguro
1. ¿Alguien conocido hace 30 días o menos?					
2. ¿Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?					
3. ¿Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
4. ¿Alguien a quien has tratado con anterioridad?					
5. ¿Alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
6. ¿Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?					
7. ¿Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?					
8. ¿Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?					
9. ¿Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?					
10. ¿Alguien con quien has estado utilizando drogas?					
11. ¿Alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?					
B) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de...	Nada Seguro	Algo Seguro	Medio Seguro	Muy Seguro	Total Seguro
12. ¿Preguntar a tu pareja si se ha inyectado alguna droga?					
13. ¿Discutir sobre la prevención del SIDA con tu pareja?					

14. ¿Preguntar a tu pareja sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?					
15. ¿Preguntar a tu pareja si ha tenido alguna experiencia homosexual?					
C) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de...	Nada Seguro	Algo Seguro	Medio Seguro	Muy Seguro	Total Seguro
16. ¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
17. ¿Usar correctamente el condón?					
18. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
19. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga? (ejemplo, marihuana, resistol, tiner)					
20. ¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo?					
21. ¿Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?					
22. ¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
23. ¿Acudir a comprar condones?					

Apéndice M

Escala de Afrontamiento al Riesgo Sexual

(Sandín & Chorot, 2003)

(Subescalas Solución del Problema y Evitación)

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente en situaciones de riesgo sexual?

Una situación de riesgo sexual es cuando se tienen relaciones sexuales orales, anales o vaginales sin el uso del condón, con múltiples parejas, bajo los efectos de alcohol u otras drogas, con trabajadoras(es) sexuales y/o usuarios de drogas inyectadas

1. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual analizo la causa del problema	0	1	2	3	4
2. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual sigo unos pasos concretos	0	1	2	3	4
3. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual establezco un plan de acción	0	1	2	3	4
4. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual hablo con las personas implicadas	0	1	2	3	4
5. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual pongo en acción soluciones concretas	0	1	2	3	4
6. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual pienso detenidamente los pasos a seguir	0	1	2	3	4
7. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual me concentro en otras cosas	0	1	2	3	4
8. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual me ocupo en el trabajo u otras actividades	0	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual salgo para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
10. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual no pienso en el problema	0	1	2	3	4
11. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual practico deporte para olvidar	0	1	2	3	4
12. Si me encuentro en una situación de riesgo sexual trato de olvidarme de todo	0	1	2	3	4

Apéndice N

Cuestionario de Comportamiento de Sexo Seguro

(DiIorio et al., 1992)

Por favor, lea cada una y responda indicando su grado de utilización de estas prácticas sexuales. Circule una respuesta por pregunta.

1. Yo insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

2. Yo detengo el juego previo, a la relación sexual (como tocar/ besar/ agasajar) a tiempo para ponerme un condón o para que mi pareja se ponga un condón

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

3. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

4. Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

5. Tengo sexo oral sin usar barreras de protección, como un condón o cubierta de látex

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

6. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar el sexo seguro

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

7. Si mi pareja insiste en tener relaciones si usar un condón, me niego a tener relaciones sexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

8. Tengo relaciones sexuales anales sin usar un condón

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

9. Uso cocaína u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

10. Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

11. Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de mi pareja

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

12. Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

13. Practico sexo anal

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

14. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

15. Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gay

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

16. Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

Por favor conteste las siguientes preguntas:

C) Ha consumido alguna vez algún tipo de droga ilícita?: Sí _____ No _____

En caso afirmativo, que tipo de droga ilícita ha usado (puede marcar más) de una?

- 1) Cocaína _____
- 2) Marihuana _____
- 3) Solventes _____
- 4) Crack _____
- 5) Otra _____ Especificar _____

D) Alguna vez ha usado drogas inyectables?: Sí _____ No _____

En caso afirmativo. Ha compartido alguna vez jeringas usadas? Sí _____ No _____

E) ¿A qué edad inició su vida sexual?: _____

F) ¿Tiene pareja estable en su lugar de procedencia? Sí _____ No _____

G) ¿Ha tenido parejas casuales cuando estuvo en Estado Unidos o mientras venía migrando hacia Estados Unidos? Sí _____ No _____

H) ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida? _____

I) ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? _____

Apéndice O

Consentimiento Informado para el participante

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Doctorado en Ciencias de Enfermería

Título del Proyecto: Modelo de transición de la conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa

Investigador principal: ME. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez

Introducción: Estamos realizando un proyecto para conocer cómo algunos factores se relacionan con la conducta sexual en personas que intentan o cruzan la frontera. Se le está invitando a participar ya que usted es una persona que ha viajado o ha intentado viajar a los Estados Unidos en los últimos seis meses, es mayor de edad y ya ha iniciado su vida sexual. Propósito del Estudio: Este estudio tiene por objetivo probar de manera empírica el modelo de transición de la conducta sexual del migrante, se me ha explicado que contestaré múltiples preguntas y que esto durará aproximadamente de 30 a 50 minutos. Se me harán preguntas personales acerca de mi sexualidad. Esto se hará en un lugar adecuado y privado. Entiendo que mi selección fue al azar, no se me escogió por ningún motivo en particular, simplemente salí sorteado para participar en este proyecto.

Riesgos: El riesgo es mínimo ya que me preguntarán acerca de mi sexualidad y con algunas preguntas me puedo sentir incomodo(a). En caso de sentirme mal durante el los cuestionarios habrá personal capacitado que me auxiliará, o si me siento incómodo y siento ansiedad, nerviosismo u otra condición que me dificulte o impida continuar con los cuestionarios, puedo detener el procedimiento y será mi decisión si quiero regresar a terminar los cuestionarios o no.

Costo y Beneficios esperados: No habrá ningún costo por llenar los cuestionarios y No existen beneficios relacionados con mi participación, únicamente se me otorgará un pequeño incentivo como agradecimiento por mi participación. Dudas: Todas las dudas antes, durante y después de los cuestionarios serán aclaradas.

Confidencialidad: Las únicas personas que sabrán que estoy participando en este proyecto, serán los encargados y el personal del módulo de atención o la casa de migrantes. Nadie sabrá lo que yo responda ya que no colocaré mi nombre. Puedo retirarme del proyecto en el momento que yo lo decida, independientemente si terminé o no las preguntas y no seré señalado, juzgado o molestado por nadie.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto participaren el proyecto titulado: Modelo de transición de la conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa (COSEMI). He leído la información de este consentimiento y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ninguno de mis derechos como migrante y puedo cancelar mi participación en el momento en que yo decida.

Nombre y Firma

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Dirección: _____

Dirección: _____

Apéndice P
Escalas Visuales

ESCALAS VISUALES

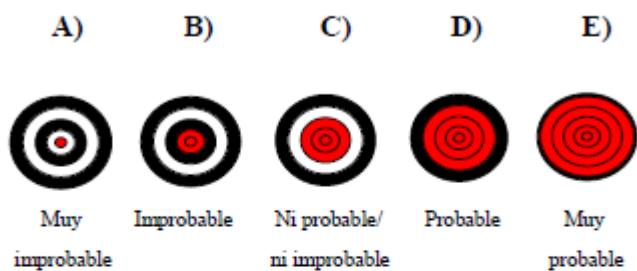
**MODELO DE TRANSISION DE LA
CONDUCTA SEXUAL DEL MIGRANTE**

ESCALAS VISUALES

**MODELO DE TRANSISION DE LA
CONDUCTA SEXUAL DEL MIGRANTE**

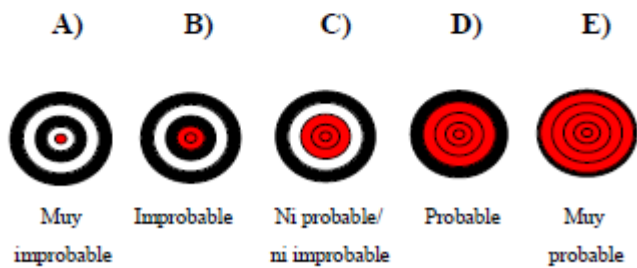
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 1.



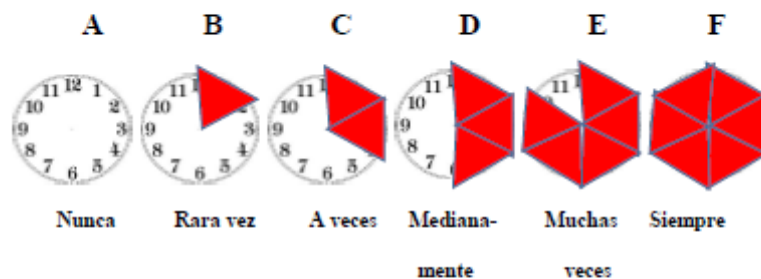
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 1.



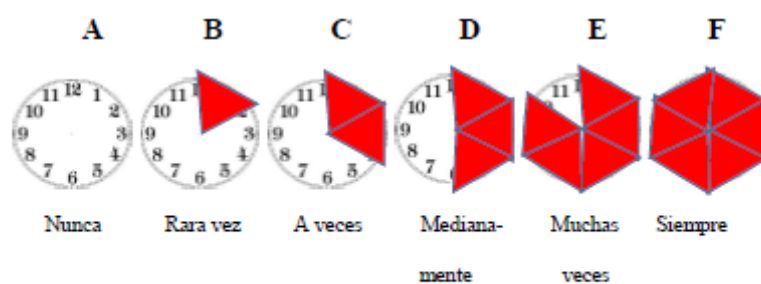
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 2.



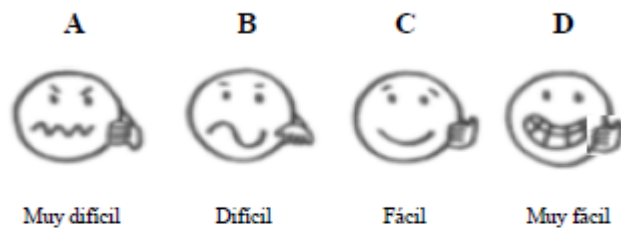
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 2.



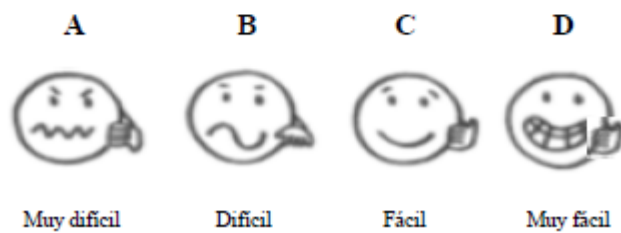
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 3.



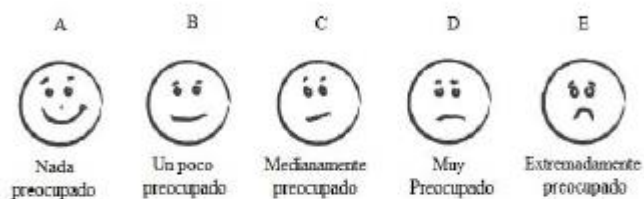
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 3.



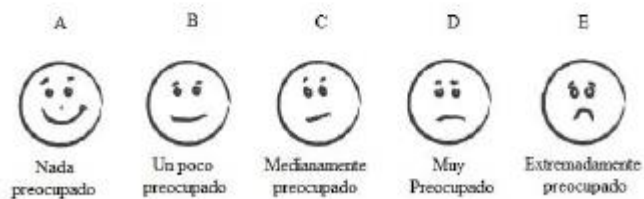
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 4.



1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 4.



1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Preguntas 5, 6, 7 y 8



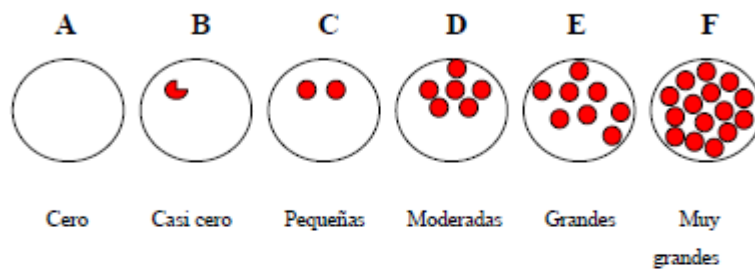
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Preguntas 5, 6, 7 y 8



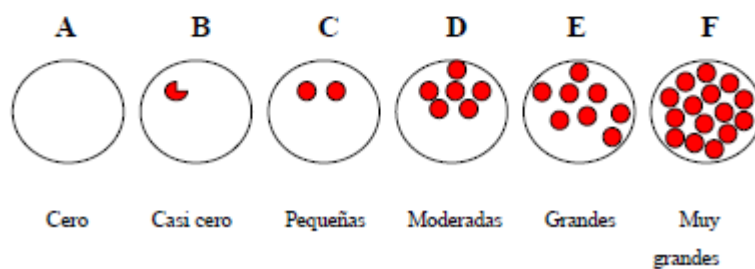
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 9.



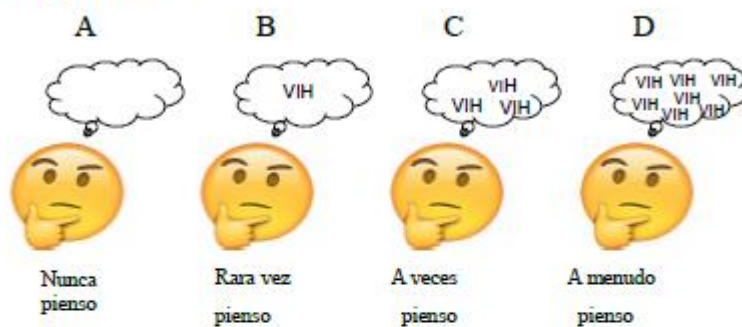
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 9.



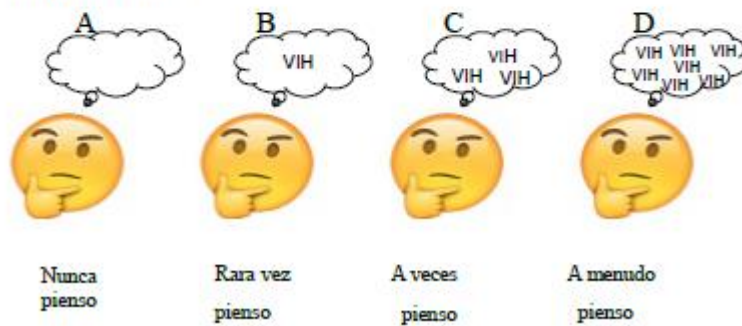
1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 10.



1. Escala de Percepción de Riesgo para VIH

Pregunta 10.



2. Escala de Compromiso con la Salud



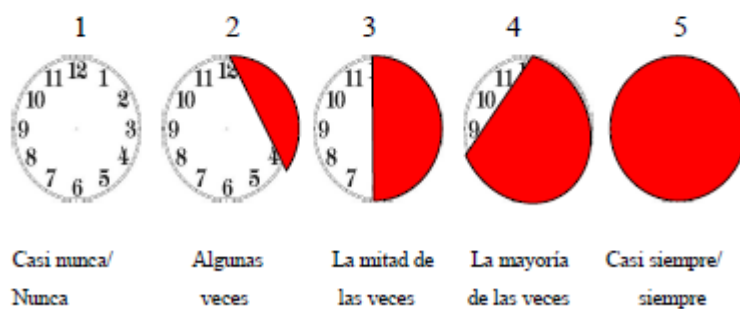
2. Escala de Compromiso con la Salud



3. Escala de motivos para tener sexo



3. Escala de motivos para tener sexo



4. Escala Breve de Actitud Sexual



4. Escala Breve de Actitud Sexual



5. Escala de Machismo Sexual



5. Escala de Machismo Sexual



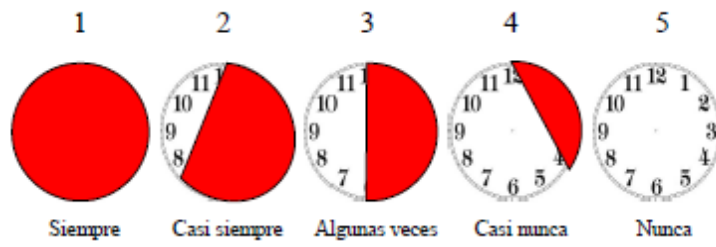
6. Escala de Accesibilidad a Servicios de Centros de Atención Secundaria de Salud



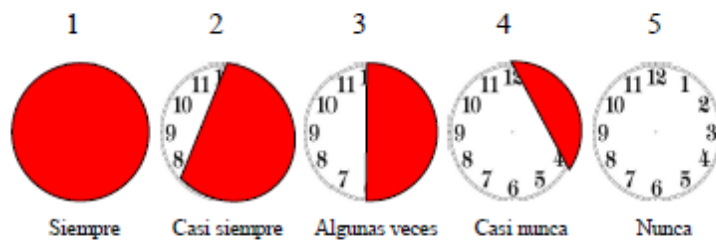
6. Escala de Accesibilidad a Servicios de Centros de Atención Secundaria de Salud



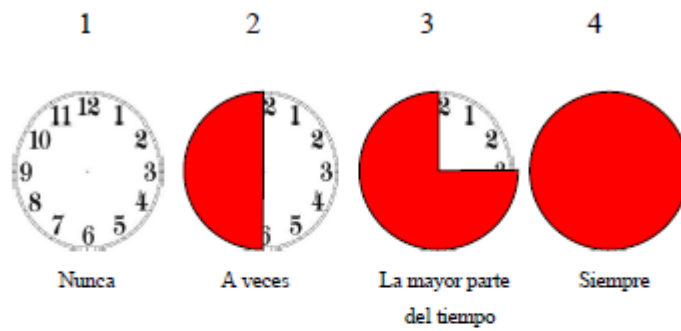
7. Escala de Discriminación Social Experimentada



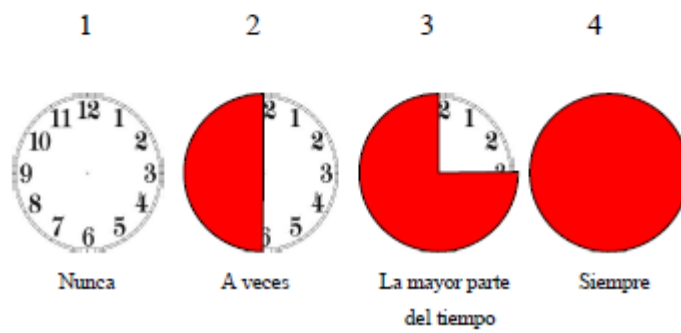
7. Escala de Discriminación Social Experimentada



**8. Subescala Comunicación sexual con parejas
potenciales**



**8. Subescala Comunicación sexual con parejas
potenciales**



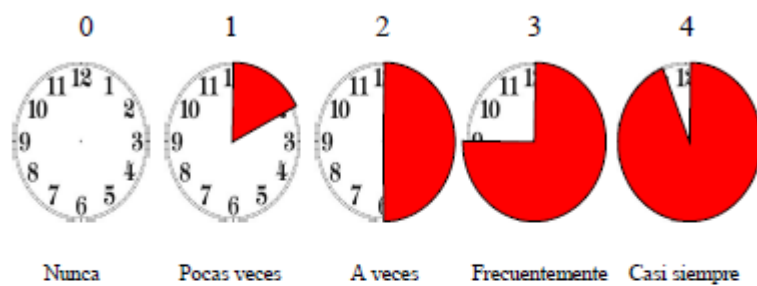
9. Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA



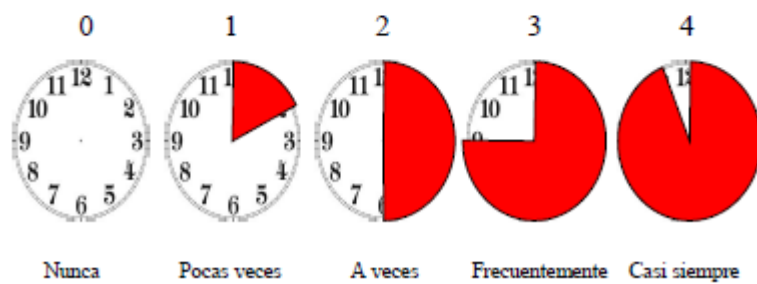
9. Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA



10. Cuestionario de Afrontamiento al Riesgo Sexual



10. Cuestionario de Afrontamiento al Riesgo Sexual



II. Cuestionario de Comportamiento de Sexo Seguro

1

2

3

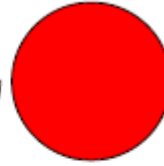
4



Nunca



A veces

La mayor parte
del tiempo

Siempre

II. Cuestionario de Comportamiento de Sexo Seguro

1

2

3

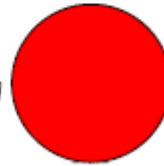
4



Nunca



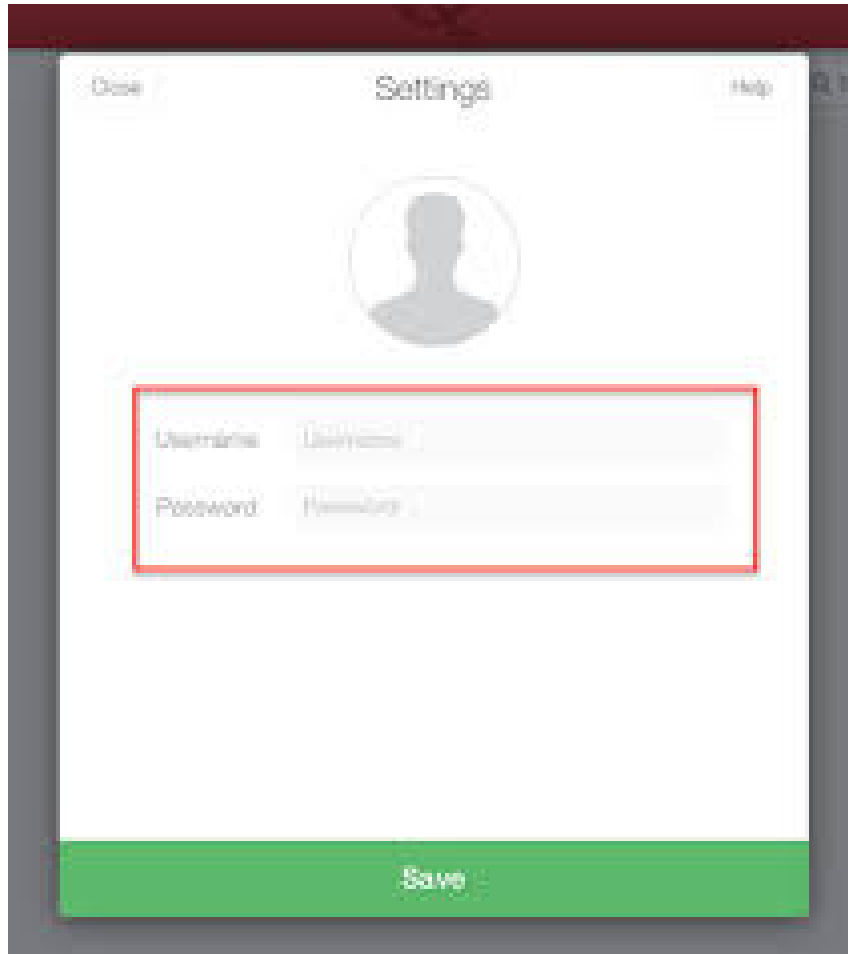
A veces

La mayor parte
del tiempo

Siempre

Apéndice Q

Pantalla de Plataforma Qualtrics



Apéndice R

Proceso de Traducción y Adaptación de Cuestionarios

Original	Traducción	Comités	Grupos Focales	Backtraslation	Final
I ask potential sexual partners about their sexual histories	Pregunto a mis parejas con las que planeo tener sexo sobre su historia sexual	Pregunto a mis posibles parejas sexuales sobre su historia sexual	Pregunto a las parejas con las que voy a tener sexo sobre su vida sexual	I ask potential sexual partners about their sexual history	Pregunto a las parejas con las que voy a tener sexo sobre su vida sexual
I ask my potential sexual partners about a history of bisexual/homosexual practices	Pregunto a mis parejas con las que planeo tener sexo acerca de su historia sexual en prácticas bisexuales / homosexuales	Pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de su historia en prácticas bisexuales / homosexuales	Pregunto a las parejas con las que voy a tener sexo si alguna vez han tenido prácticas bisexuales / homosexuales	I ask my potential sexual partners if they have ever been engaged in bisexual or homosexual practices	Pregunto a las parejas con las que voy a tener sexo si alguna vez han tenido prácticas bisexuales / homosexuales
I abstain from sexual intercourse when I do not know my partner's sexual history	Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando no sé la historia sexual de mi pareja	Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando no sé la historia sexual de mi pareja	Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando no sé la vida sexual de mi pareja	I abstain myself from sexual intercourse if I do not know about my partner's sexual history	Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando no sé la vida sexual de mi pareja
I insist on examining my sexual partner for sores, cuts or abrasions in the genital area	Insisto a mi pareja sexual en examinarse por tener llagas, cortes o abrasiones en el área genital	Insisto a mi pareja sexual en examinarse sobre llagas, cortes o abrasiones en el área genital	Insisto a mi pareja sexual en examinarse sobre llagas, cortadas o lesiones en el área genital	I insist my sexual partner to examine him/herself for sores, cuts or abrasions in the genital area	Insisto a mi pareja sexual en examinarse sobre llagas, cortadas o lesiones en el área genital
If I disagree with information that my partner	Si no estoy de acuerdo con la información que mi	Si no estoy de acuerdo con lo que mi pareja me dice	Doy mi opinión cuando no me parece lo que dice	I express my opinion when I do not agree to what my	Doy mi opinión cuando no me parece lo que dice

presents on safer sex practices, I state my point of view	pareja me presenta sobre sus prácticas sexuales seguras, doy mi punto de vista	sobre sus prácticas sexuales seguras, le doy mi punto de vista	mi pareja sobre el sexo seguro	partner says about safe sex	mi pareja sobre el sexo seguro
I ask my potential sexual partners about a history of IV drug use	Pregunto a mis parejas con las que planeo tener sexo sobre su historia de uso de drogas intravenosas	Pregunto a mis posibles parejas sexuales sobre su historia de uso de drogas intravenosas	Pregunto a las parejas con las que voy a tener sexo si alguna vez han usado drogas intravenosas	I ask my potential sexual partners if they have ever used IV drugs	Pregunto a las parejas con las que voy a tener sexo si alguna vez han usado drogas intravenosas
It is difficult for me to discuss sexual issues with my sexual partners	Es difícil para mí discutir temas sexuales con mis parejas sexuales	Es difícil para mí discutir temas sexuales con mis parejas sexuales	Es difícil para mí discutir temas sexuales con mis parejas sexuales	It's hard for me to discuss about sexual issues with my sexual partners	Es difícil para mí discutir temas sexuales con mis parejas sexuales
I initiate the topic of safer sex with my potential sexual partner	Inicio el tema del sexo seguro con mi pareja con la que planeo tener sexo	Yo inicio el tema del sexo seguro con mi posible pareja sexual	Tomo la iniciativa de hablar de sexo seguro con las parejas con las que voy a tener sexo	I take initiative on talking about safe sex with my potential sexual partners	Tomo la iniciativa de hablar de sexo seguro con las parejas con las que tendré sexo

Apéndice S

Proceso de Traducción y Adecuación de la Escala de Conciencia sobre Salud

Original	Traducción de Comités	Grupos Focales	Backtranslation	Final	Adecuación
I'm very self-conscious about my health.	Estoy muy consciente de mi salud.	Soy muy consciente de mi salud.	I am very self-conscious about my health	Soy muy consciente de mi salud	Soy muy consciente de mi salud sexual
I'm generally attentive to my inner feelings about my health.	Generalmente estoy atento a mis sentimientos sobre mi salud.	Por lo general estoy atento acerca de mi salud	I am generally attentive to my health	Por lo general estoy pendiente de cómo me siento acerca de mi salud	Por lo general estoy pendiente de cómo me siento acerca de mi salud sexual
I reflect about my health a lot.	Reflexiono mucho sobre mi salud.	Reflexiono mucho sobre mi salud.	I reflect a lot about my health	Reflexiono mucho acerca de mi salud.	Reflexiono mucho acerca de mi salud sexual
I'm concerned about my health all the time.	Todo el tiempo estoy preocupado por mi salud.	Todo el tiempo estoy interesado por mi salud.	I am concerned about my health all the time	Todo el tiempo estoy preocupado por mi salud.	Todo el tiempo estoy interesado por mi salud sexual
I notice how I feel physically as I go through the day.	Me doy cuenta de cómo me siento físicamente conforme va pasando el día	Noto cómo se siente mi cuerpo en el día	I notice how my body feels throughout the day	Noto cómo se siente mi cuerpo durante el día	Si no tuviera buena salud sexual lo notaría
I take responsibility for the state of my health.	Tomo responsabilidad de mi estado de salud	Soy responsable de mi salud	I am responsible for my health	Soy responsable de mi salud	Soy responsable de mi salud sexual
Good health takes active participation on my part.	Participo de manera activa para tener buena salud	Hago cosas para tener buena salud	I make things to be healthy	Hago cosas para tener buena salud	Hago cosas para tener buena salud sexual
I only worry about my	Sólo me preocupo	Sólo me preocupo	I only worry about my	Sólo me preocupo	Solo me preocupo

health when I get sick.	por mi salud cuando me enfermo	por mi salud cuando me enfermo	health when I get sick	por mi salud cuando me enfermo	por mi salud sexual cuando me enfermo
Living life without disease and illness is very important to me.	Vivir la vida sin enfermedad es muy importante para mí.	Vivir la vida sin enfermedad es y malestares es muy importante para mí.	It's very important for me to live life without disease and illness.	Es muy importante para mí vivir la vida sin enfermedad es ni malestares.	Es muy importante para mi vivir la vida sin enfermedad es ni malestares sexuales
My health depends on how well I take care of myself.	Mi salud depende de que tan bien cuide de mí mismo.	Mi salud depende de que tan bien me cuide.	My health depends on how well I take care of myself	Mi salud depende de que tan bien me cuide.	Mi salud sexual depende de que tan bien me cuide
Living life in the best possible health is very important to me.	Vivir la vida en la mejor salud posible es muy importante para mí	Vivir la vida con la mejor salud posible es muy importante para mí.	It's very important for me to live life in the best possible health	Es muy importante para mí vivir la vida con la mejor salud posible.	Es muy importante para mi vivir la vida con la mejor salud sexual posible

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

ME. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Tesis: MODELO DE TRANSICIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL DEL
MIGRANTE EN LAS FRONTERAS DE MATAMOROS Y REYNOSA

LGAC: Sexualidad Responsable y Prevención de ITS/SIDA

Biografía: Nacido en H. Matamoros. Tamaulipas el 11 de Diciembre de 1987, hijo de la Sra. Ramona Ordoñez Gutiérrez.

Educación: Egresado de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, como Licenciado en Enfermería en el año 2010.

Egresado de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tmaulipas como Maestro en Enfermería en el año 2014.

Primer Lugar en Maestría en Enfermería. Becario del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León periodo 2014-2017.

Experiencia profesional: Enfermero General en Hospital General de Valle Hermoso Dr. Rodolfo Torre Cantú (2013-2015). Profesor de medio tiempo (2012-2016) y de tiempo completo (2016) en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Miembro del Colegio de Enfermeros y Enfermeras de la ciudad de H. Matamoros A.C. desde 2011. Miembro de la Sociedad de Honor en Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alfa desde 2017.

E-mail: jessguerra@live.com.mx